ПРОТОКОЛЫ

заседаний Омского Медицинского О-ва за 1923-24 г.г.

Печатано по постановлению О-ва.
1925 г.

ПРОТОКОЛЫ

заседаний

Омского Медицинского О-ва

за 1923-1924 г.г.

Печатано по постановлению О-ва.
1925 г.

От редакционного коллектива.

Правление, по постановлению Медицинского Общества, после долголетнего перерыва, вновь приступило к печатанию протоколов заседаний О-ва. В виду чрезвычайно стесненных материальных средств О-ва, „Протоколы" могут быть изданы в ограниченном количестве и очень кратко, но в будущем, по желанию О-ва и отдельных членов-докладчиков, в „Протоколах" могут быть помещены доклады и полностью, по соглашению с редакционным коллективом и по постановлению Общества.

Ученый Секретарь Общества д-р **Д. Лебедев.**

14 января 1925 г.
г. Омск.

Г. Омск, Типография Омского Губ. Испр. Труд. Дома.
Гублит № 313. Зак. № 817. Тир. 360 экз.

одовой отчет о деятельности Омского Меди-
цинского О-ва за 1923--24 год.

В отчетный сорок первый год своего существования, Общество имело око-
90 действительных членов, главным образом, врачей.

Правление Медицинского О-ва было избрано общим собранием 26 октября
23 г. в следующем составе: Председатель О-ва доктор И. М. Шершевский,
. Председателя—К. В. Ромадановский, члены Правления: И. С. Пентман. А. В.
занов и Е. С. Волкова, М. П. Мультановский исполняющий обязанности се-
таря и В. А. Пулькес исполняющий обязанности казначея и второго секре-
я и 3-х кандидатов в члены Правления: О. Е. Куткиной, Д. М. Добровского
Е. Г. Либгот, которые, по мере выбытия действительных членов из состава
авления, вступили в исполнение их обязанностей.

Деятельность Медицинского О-ва, в составе настоящего Правления, шла
) ноября 1923 г. по 24 октября 1924 года, с перерывом с 15 июня по
сентября.

За истекший 1923/24 г. Медицинское О-во имело 22 заседания, на ко-
ых было сделано 39 докладов, 7 сообщений и вниманию О-ва продемон-
ировано 26 больных.

Отдельных докладчиков выступало 29. Все поступившие заявки были удов-
ворены в течение отчетного года.

За данный отчетный период деятельность Медицинского О-ва шла глав-
м образом в направлении сообщений научно-медицинского характера и частью
щественного. Заседания О-ва привлекали большое количество, как действи-
ьных членов О-ва, так и посетителей, главным образом учащихся в Мед-
ституте и вызывали оживленный обмен мнений.

Доклады научно-медицинского характера были заслушаны по следующим
циплинам: 12 докладов было посвящено хирургии: 1) д-р Копылов Г. С.—
вопросу о послеоперационной величине желудочно-кишечного соустья»
сспериментальное исследование), 2) Г. С. Копылов—«Раковая болезнь и рацио-
льный метод борьбы с ней», 3) В. М. Гиммельман—«К вопросу об опухолях
юшной стенки», 4) д-р С. М. Копосов—«К казуистике врожденных опухолей
ччика», 5) д-р М. В. Клячкин -«Опухоль паховой области, симулирующая
ыжу», 6) д-р В. Ф. Прусский,—«Фиброма талеангиктактикум лица», 7) д-р
Ф. Пономарева—«Глава из отчета институтской хирургической клиники»
К. Н. Чуловский—«К клинике множественного эхинококка, 9) д-р Е. С.
кин—«Новый принцип ГЭППЕЛЯ при резекции желудка по Бильрот 1», 10)
Копылов—«Судьба желудочно-кишечного соустия в зависимости от методики
ов». 11) д-р Николаев—«К вопросу о внутри черепных осложнениях при
йных отитах» по материалу Омского Военного Госпиталя и ушного отд.
одской Больницы, 12) д-р С. Г. Либгот—«Оперативная фиксация позвоноч-
ков при туберкулезном спондилите с демонстрацией больных».

В патолого-анатомической области сделано 7 докладов: 1) д-р И. С. П тман—«Парапластическая система, ретикуло-ендотелиальный аппарат и их з чение в патологии», его же два доклада «два случая смерти от малярии» его же 4)—«Случай многокамерного ехинококка», 5) д-р Гесселевич—«О рактеристике отношений между костными вместилищами и органами в них ключенными и значение их для клиники», 6) проф. М. Кучинский—«Функ селезенки», 7) его же «Омские исследования об этиологии сыпного тифа».

Из области терапии 2 доклада: 1) д-р Т. С. Раева «Случай рака желу и надпочечников»—по наблюдениям больного в диагностической клинике, проф. П. Н. Зарницын—«Клиника почечных заболеваний»—по современ научным данным (програмная тема).

Из области невропатологии—1 доклад д-ра А. К. Скальского «Эпидем ский энцефалит в Западной Сибири».

По венералогии 2 доклада—1) д-ра Е. С. Сорокина—«Изменения крови сифилисе» и 2) д-ра А. М. Беньяминович—«Опыт применения висмутовых пре ратов для лечения сифилиса».

Из области физиологии—д-ра Холопова—«К вопросу об изменении коли ства эритроцитов после мышечных работ».

Из области химии—1 доклад В. Н. Ручкина—«Химический анализ гр товых вод северных улиц г. Омска, как иллюстрация к современной постано вопроса о значении химического анализа воды».

По туберкулезу 1 доклад д-ра Мультановского—«Естественная система беркулеза по Ранке, как отражение современного состояния знаний о пато незе легочного туберкулеза» (програмная тема).

Сделано одно предварительное сообщение из области экспериментальн исследования—д-ром В. В. Третьяковым—«Материалы к вопросу о некото способах предохранения от беременности».

4 сообщения о с'ездах (впечатления участников): М. П. Мультановског 4-ом Всесоюзном с'езде по курортному делу, проф. В. В. Корелина о психо вралгическом с'езде, д-ра Г. С. Копылова о XIУ Всесоюзном с'езде хирурго Е. С. Волковой о III-ем Всесоюзном с'езде по туберкулезу.

Сообщение зубного врача М. А. Куперштох—«Последняя реформа по просу о зубоврачебном образовании».

Краткое сообщение проф. Семенова—о биографии скончавшегося проф сора Сапожникова,—почетного члена Медицинского О-ва.

Доклад из области биологии проф. Иозефер—«Биометрика, как метод».

5 докладов было посвещено курортному делу: 1) Проф. П. И. Зарницы «Лечебное дело на курорте «Боровое» и результаты общего влияния этого рорта в летний сезон 1923 года.» 2) Вет. Врач С. А. Архангельский—«Значе посуды для скорости созревания и характера кумыса». 3) Д-р В. П. Григорьева «Влияние кумыса на ход желудочной секреции, по данным помоментного исс дования». 4) д-р В. Н. Гиммельман—«Курорт Кучук-Солоновка в сезон 1923 г

Доклады общественного значения 1—коллективный доклад комиссии отбору больных на курорты.

5 докладов, посвященных малярии: 1) Проф. И. М. Гречищев—«Расп странение малярии в Омске» (по эпидемическим данным 1923 г.) 2) М. К. Кутыев—«Течение и лечение малярии по данным Омского Военного Г питаля». 3) Проф. Рязанов—«Наблюдение над малярией в Омске в эпидем 1923 г.» 4) Коллективный доклад комиссии «Положения о мероприятиях борьбе с малярией» и 5) Проэкт докладной записки в Губздрав о желательн

мероприятиях общественного характера по борьбе с малярией, выработанный комиссией совместно с правлением Мед. О-ва.

Доклад общественного характера т. Рейзман—«Основные вопросы уголовного права и наказуемость медперсонала за отказ в оказании медицинской помощи»—ст. 165.

Помимо того, продемонстрировано 24 больных (различных), представляющих тот или иной научный интерес. Ряд демонстраций являлся в виде иллюстраций к докладам и ряд больных был предложен О-ву с краткой историей болезни.

Так, было продемонстрировано 5 больных д-ром Скальским—по поводу остаточных явлений эпидемического энцефалита, 6 больных д-ром С. Г. Либгот, оперированных по поводу туберкулезного спондилита. Д-ром Г. Г. Варман продемонстрирована больная, у которой наблюдалась типичная картина суставного ревматизма в результате пиэмии после воспаления среднего уха; им же—больной, страдающий туберкулезом гортани и туберкулезом легких по поводу двухсторонней перерезки гортанного нерва; д-ром И. Ф. Пономаревым—больная после Choleocystomia idealis; им же—больная по поводу transplantatio uretherum—осложнения после операционного периода.

Д-ром Островским П. Л.—больной с редким по степени осложнением при мягком шанкре.

Профессором А. А. Рязановым—больная с situs inversus totalis; д-ром Беньяминович—больного с репифектом сифилиса, больного с Lichen planus и больного с аномальным положением придатков.

Д-р Геселевич—больной с неврофиброматозом. Д-р Дусяцкая—больного с Ichthyosis и д-ром Кабалкиным Н. П.—двое больных с явлениями нейро-люэса. Двое больных д-ром Николаевым А. А.—перевязка v. jugularis и стеноз гортани на почве перихондрита хрящей.

За 1924-ый год необходимо отметить важный в жизни Медицинского О-ва момент его регистрации и утверждения Омским Губернским Административным Отделом при Губисполкоме, 6-го марта 1924 г., о чем, в заседании 21-го марта, было доложено Председателем Правления.

В заседании О-ва от 11-го апреля 1924 г. были единогласно избраны почетными членами Медицинского О-ва профессор Курлов М. Р. и пофессор Сапожников В. В.

Ряд докладов иллюстрировался патолого-анатомическими микроскопическими препаратами и различного рода таблицами.

За отчетный год Правление Мед. О-ва имело 17 заседаний. Темы докладов для общих заседаний Медицинского О-ва предварительно обсуждались Правлением и потом лишь предлагались вниманию О-ва. Ряд тем носил програмный характер и был проработан докладчиками по инициативе Правления. Таковыми темами были: «клиника почечных заболеваний—по современным научным данным»—Проф. Зарницын; «естественная система туберкулеза по Ранке как отражение современного состояния знания о патогенезе легочного туберкулеза»—д-р Мультановский.

По инициативе Правления, были освещены на заседании О-ва такие животрепещущие вопросы общественного значения, как малярия и отбор туберкулезных больных на курорты. По данным вопросам были созваны комиссии, коллективный труд которых был зачитан на заседании О-ва и положения, выработанные комиссией, были направлены в Губздрав, а в частности по курортному делу явились руководители при работах курортно-отборочной комиссии.

По инициативе Правления, была созвана комиссия по освещению вопроса об абортах с точки зрения медицинских и социальных показаний. Коллективный труд комиссии будет, повидимому, представлен на усмотрение нового состава Правления.

Вниманию общего собрания О-ва было предложено постановление Правления о необходимости просить Губздрав, чтобы в местном Бактериологическом Институте вырабатывались лечебные сыворотки все или хотя бы некоторые.

Правлением был выдвинут вопрос о необходимости издания своего печатного органа, в виде протоколов заседаний Медицинского О-ва.

Председатель **И. Шершевский.**

Секретарь **М. Мультановский.**

ПРОТОКОЛ

заседания Омского Медицинского Общества от 26 октября 1923 г.

Присутствовало 40 членов общества и 75 посетит.

Начало в 7 ч. 20 м. конец в 10 ч. 5 м.

Председатель **Шершевский**, Секретарь **Волкова.**

В начале заседания д-р **Николаев** продемонстрировал больного с рататорным нистагмом, на почве заболевания внутреннего уха.

Затем выслушаны и утверждены протоколы двух прошлых заседаний: 28-го сентября и 12-го октября.

Первым докладом по повестке следовал доклад д-ра **Пентман: О некоторых злободневных вопросах медицины:**

а) значение дифференциации ядер нейтрофилов;

б) парапластическая система, ретикуло-эндотиальный аппарат и их значение в патологии.

Предварительно докладчик поделился с Обществом своими впечатлениями по поводу некоторых научных достижений Берлинских медицинских сил, в области терапии злокачественных опухолей, люэса, паралитиков и т. д.

Так, останавливает внимание препарат Tumoreidin, который добывается от лошади прививкой ей зародышевых клеток яичников или яичек.

По Эрлиху следовало создать пассивный иммунитет, с рассасыванием опухолей, путем прививок мало вирулентных препаратов, но, не довольствуясь этим, перешли к активной иммунизации: опухоли оперировались, делался экстракт, который и впрыскивался. Tumoreidin, как препарат зародышевых клеток (яичников), должен предохранять от опухоли. Однако, успех его, повидимому, таков, как и любого белка, как и протеино-терапии.

2. **Инзулин**—экстракт Лангергансовых островков поджелудочной железы 4-х месячного зародыша теленка, введенный внутривенно, вызывает резкое уменьшение сахара в крови, исчезает гипергликемия и ацидоз. Однако, препарат дорог и мало доступен.

3. Лечение люэса солями **Висмута** пробовалось неоднократно, но ядовитость висмута мешала. За последнее время, особенно с 1921 года, опыты на

кроликах, спириллезе кур и т. д. были вполне успешны. По докладу Цитрон'а, имеется успех и по отношению к людям. Доклад вызвал в Берлинском Медицинском Обществе резкую полемику. Препарат получил название «Треполь».

4. Прививка малярии и возвратного тифа паралитикам. Принципиально это не ново, но систематически это применялось в 1920 году в Психиатрическом Институте в Гамбурге.

Далее, докладчик останавливается на методах исследования функциональной способности почек, и в частности на методе гемоpенального индекса мочевины (коэффициент Амбар'а); этим методом, например, хорошо устанавливается острый гломеруло-нефрит.

После небольшого перерыва, докладчик переходит к собственно докладу, о значении дифференциации ядер нейтрофильных лейкоцитов.

Изучение развития зрелых лейкоцитов из миэлоцитов и превращения при этом ядерной формы, даст возможность отличать зрелые формы лейкоцитов от менее зрелых и совершенно юных. Попытки Arneth'a различать среди зрелых лейкоцитов (т. е. лейкоцитов с сегментированным ядром) лейкоциты различного возраста и классифицировать их на этом основании, не оправдались теоретически и слишком сложны для практического применения. Лишь развитие этого учения, которое предложил Шиллинг, обещает приобрести большое значение. Он различает: 1) Нейтрофилы с юным ядром (ядро изогнуто, широкое, хроматиновая сеть нежная), в нормальной переферической крови не встречаются; 2) Нейтрофилы с палочкообразным ядром, ядро уже, хроматин темнее (в нормальной переферической крови от 0 до 4%); 3) Нейтрофилы с сегментированным ядром—зрелые нейтрофилы (60—66%).

Увеличение в крови количества нейтрофилов с палочкообразным ядром обозначается «сдвигом влево»,—еще большим является этот сдвиг влево при появлении юных нейтрофилов и наконец миэлоцитов.

Такое разграничение нейтрофилов значительно расширяет возможность дифференциации картины крови, в целях диагностических, симптоматологических, прогностических и т. п. Обилие собранных школой Шиллинга клинических и гематологических данных подает надежду на то, что этот метод исследования явится очень ценным подспорьем к другим клиническим методам, иногда приближая клинициста к действительности больше нежели другие методы, как кривая t° пульса и т. п. Необходимо, однако, еще собрание материала, изучение картины крови с описанной точки зрения и отыскивание закономерной связи между нею и отдельным заболеванием.

По окончании доклада, прения по которому перенесены на будущее заседание, прочитан отчет Медицинского Общества за истекший год. Отчет принят; деятельность Правления признана правильной.

После перерыва председатель Общества сообщает об ответном письме Правления в газету «Рабочий Путь», по поводу бывших там двух корреспонденций по адресу Общества. Ответ оглашается. Далее следуют выбора нового Правления.

Принимается список № 1-ый большинством голосов 31 человека против 2-х воздержавшихся. Голосов против не было. Выбранными оказались:

Председатель И. М. Шершевский.
Тов. Председателя К. В. Ромадановский
Члены Правления: И. С. Пентман.
М. П. Мультановский.
Е. С. Волкова.
В. А. Пулькес.
А. В. Рязанов.

Кандидаты: Е. Г. Либгот.
Д. М. Добровский.
О. Е. Куткина.

Члены Ревизионной Комиссии: И. П. Законов.
Е. С. Сорокин.
Н. П. Кабалкин.

В текущих делах секретарь оглашает сведения из редакции Сибирского Медицинского Журнала, о с'езде бактериологов и эпидемиологов в конце января 1924 года и извещение Н. К. З. о конкурсе Сан.-Эпидемического Отдела.

За Председателя Рязанов.

Секретарь Волкова.

ПРОТОКОЛ

заседания Омского Медицинского Общества от 9 ноября 1923 г.

Присутствовало 42 члена общества и 120 посетителей.

Председательствовал К. В. Ромадановский.

Секретарь М. П. Мультановский.

1. Д-ром Пентман зачитана вторая часть его сообщения под заглавием «Парапластическая система ретикуло-эндотелиальный аппарат и их значение в патологии».

Реферировав вначале наиболее интересные сообщения, имевшие место на состоявшемся в сентябре Всероссийском с'езде патологов, докладчик подробно охарактеризовал современное состояние учения о ретикуло-эндотелиальном аппарате. Были описаны составные части этого аппарата (эндотелий селезенки, купферовские клетки печени, ретикулярные клетки лимфатических узлов), отмечены их функции и значение в промежуточном обмене.

Вторым, докладчик осветил учение о значении в патологии межклеточного вещества. Подробно ознакомив с современными работами школы Аничкова по патогенезу артериосклероза, подчеркнув большое значение изучения коллоидно-химической жизни организма, докладчик в заключение отметил односторонность проявляемого многими патологами увлечения одними коллоидно-химическими проблемами. Коллоидно-химические изменения идут параллельно с морфологическими и последние не утратили своего доминирующего значения в патологии.

На вопросы докладчик раз'яснил, что в описанной им в первой части сообщения схеме классификации лейкоцитов по Шиллингу проведено разделение только нейтрофилов, и вопрос о классификации лейкоцитов еще ждет разработки.

В прениях по докладу д-ром П. Л. Островским были отмечены два вопроса, затронутые докладчиком в первой части сообщения. В отношении терапевтического значения препаратов висмута—оппонент, на основании литературных данных, считает висмут менее действительным при сифилисе, чем ртуть. Далее, оппонент отметил, что упомянутый докладчиком коэффициент Амбар'а, введен в практику функционального исследования почек не в 1916, а в 1912 г.

Проф. В. В. Корелин, соглашаясь с докладчиком, что рекомендуемое им исследование крови по Шиллингу следует ввести в повседневную клиническую практику, считает необходимым подчеркнуть, что исследование это не заменяет обычных приемов исследования больного и только дополняет их.

В заключительном слове докладчик отметил, что он также считает метод Шиллинга вспомогательным, но очень важным.

2. Д-р А. М. Гесселевич зачитал доклад—«О характере отношений между костными вместилищами и органами, в них заключенными, и значение их для клиники».

Докладчик в сводном обзоре представил основные данные, полученные в Петрограде школой проф. В. Н. Шевкуненко, по изучению на массовом трупном материале анатомических отношений различных органов. Работы многих авторов этой школы установили основные типы строения форм и положений органов. Докладчиком подробно описаны и иллюстрированы рисунками основные типы строения черепа aperturae thoracis sup, aperturae thoracisinf и таза, прослежены изменения в положении внутренних органов при крайних типах строения. Школа Шевкуненко к об'яснению добытых фактов подходит с эмбриологической и сравнительно—анатомической точки зрения, считает одни формы более совершенными, а существование менее совершенных форм об'ясняет или а) задержкой развития органов у данного суб'екта, б) или наследственным влиянием или в) явлениями атавизма. Докладчик отметил значение многих, из полученных школой—Шевкуненко, фактов для клиники, особенно для хирургии.

На заданные многочисленные вопросы докладчик об'яснил детали применяемой у проф.—Шевкуненко методики изучения трупного материала, отметил незаконченность разработки многих вопросов. Полученный материал не дает возможности решить вопрос, влияет ли костяк на развитие внутренних органов или наоборот.

В прениях проф. Кучинский отметил, что по приведенным докладчиком таблицам можно заключить, что при измерениях черепа недостаточно учитывались индивидуальные особенности строения свода носоглотки, вообще не было установлено определенного стандарта при антропометрическом исследовании черепа.

Докладчик отметил в заключительном слове, что установление стандарта признано невозможным. Роль индивидуальных уклонений и вариантов уменьшается тем, что школа—Шевкуненко во всех случаях производит обязательно массу измерений (не менее 200).

За Председателя Рязанов.

Секретарь М. Мультановский.

ПРОТОКОЛ

заседания Омского Медицинского Общества от 16 ноября 1923 г.

Присутствовало 38 членов общества и 65 посетителей.

Председатель **А. В. Рязанов.**

Секретарь **М. П. Мультановский.**

---

1. Зачитаны Секретарем и утверждены собранием протоколы заседаний о-ва 26 октября и 9 ноября с. г.

2. Профессор **П. И. Зарницын** зачитал доклад «Лечебное дело на курорте «Боровое» и результаты общего влияния этого курорта в летний сезон 1923 года».

В докладе подробно характеризованы различные стороны лечебного дела на курорте Боровое за истекший сезон и приведены сведения, обрисовывающие постановку и результаты медицинской помощи на курорте. Подробно описаны применявшиеся методы лечения, приведен анализ посетивших курорт больных, отмечено резкое преобладание больных с туберкулезом (до 85%), главным образом легочных. Докладчиком констатированы благоприятные результаты пребывания на курорте в 88%, прослежено изменение этих отношений для различных форм легочного туберкулеза, изменение туберкулезного процесса по степени распространения и характера процесса. В конце кратко изложены выводы тех научных работ, главным образом по изучению кумыса и его действия, которые проведены на Боровом докладчиком и его сотрудниками-врачами и студентами.

3. Вет. Врач **С. А. Архангельский** прочитал доклад—„Значение посуды для скорости созревания и характера кумыса".

По указаниям Профессора **П. И. Зарницина**, докладчиком произведены на курорте Боровое опыты наблюдения за скоростью созревания кумыса—в различных видах посуды. За брожением кумыса в кожаной, деревянной, глиняной и стеклянной посуде, при всех прочих равных условиях, проведены наблюдения путем определения общей кислотности и удельного веса. Демонстрированные докладчиком кривые, составленные на основании полученных результатов, показывают, что созревание кумыса скорее всего протекает в стеклянной посуде. Это обстоятельство, соединенное с гигиеническими преимуществами стеклянной посуды, позволяет докладчику сделать вывод о желательности применения ее во всех стадиях кумысного брожения.

4. Д-р **В. П. Григорьева** сделала доклад на тему—„Влияние кумыса на ход желудочной секреции по данным помоментного исследования".

Работая на курорте Боровое, под руководством проф. **П. И. Зарницина**, докладчица впервые применила к изучению влияния кумыса на ход желудочной секреции помоментное исследование тонким зондом и исследование непосредственно за дачей кумыса. На 20 человек проведены параллельные исследования над влиянием на ход желудочной секреции кумыса и завтрака Боас-Эвальда, различных сортов и количеств кумыса и длительного применения кумыса. Доклад был иллюстрирован многочисленными диаграммами кривых секреций. Были проделаны опыты включения психического момента и изучения влияния кумыса, как химического возбудителя секреции. Выводы намечаются докладчицей в следующем виде: 1) кумыс возбуждает желудочную секрецию, но

уступает по действию завтраку Боас-Эвальда. 2) Крепкий кумыс не всегда, как правило, дает более высокую секрецию, чем слабый, 3) Психический момент при питье кумыса является тормозом секреции, 4) Секреция повышается паралельно увеличению дозы выпитого кумыса, 5) При длительном применении кумыса далеко не всегда отмечается усиление секреции.

5. На заданные многочисленные вопросы докладчица раз'яснила многие детали, применявшейся ими методики приведенных кривых и т. п.

В прениях проф П. И. Зарницин подчеркнул важность выводов, полученных д-рами Архангельским и Григорьевой с одной стороны для методики приготовления кумыса, с другой для оценки его терапевтического действия. Исследования д-ра Григорьевой показывают, что кумыс далеко не привычный для организма напиток.

Д-р М. П. Мультановский предложил внести поправки в статистические подсчеты профессора Зарницина, полагая, что случаи, где у легочных туберкулезных отмечается только изменение общего состояния, без изменения характера специфического процесса, при малой продолжительности пребывания на Боровом правильнее относить в графу „без перемен". Отметив также малое наличие приведенных в докладе абсолютных цифр прибавки в весе, оппонент отметил важность произведенных на Боровом работ для выяснения действительной терапевтической ценности кумыса.

Профессор В. В. Корелин тормозящее влияние психического момента при питье кумыса об'яснил с точки зрения учения об условных рефлексах, наметил желательные в этом направлении дальнейшие работы и указал на важность научного изучения действия кумыса.

Д-р Г. Е. Копылов указал на желательность установления контроля за чистотой бактериальной флоры при кумысном брожении.

В заключительном слове профессор П. И. Зарницин не согласился с возражением д-ра Мультановского, что одно изменение суб'ективных данных нельзя считать положительным результатом.

6) Заслушано предложение Правления об установлении членского взноса для членов О-ва. Принято следующее положение о членских взносах:

1) Членский взнос установить в 6 червонных рублей в год, с предоставлением членам о-ва права вносить сразу или по 1-му червонному рублю каждые два месяца.

2) Члену О-ва, не уплатившему взноса в продолжении 4-х месяцев, посылается уведомление о числящейся за ним недоимке.

3) Если недоимка не погашается членом Общества, чем обнаруживается, что для данного члена Общества членский взнос непосилен, то такого члена О-ва надлежит считать подлежащим освобождению от членского взноса, как непосильного.

Председатель Рязанов.

Секретарь Мультановский.

ПРОТОКОЛ

заседания Омского Медицинского Общества от 30-го ноября 1923 г.

Присутствовали 31 член Общества и 140 посетит.

Председательствовал **И. М. Шершевский.**

Секретарь **М. П. Мультановский.**

---

1. Зачитан секретарем и утвержден протокол заседания Общества 16 ноября с. г.

2. **Единогласно избран в члены О-ва проф. М. Кучинский.**

3. Д-р **Г. Е. Копылов** зачитал доклад на тему—«К вопросу о послеоперационной величине желудочно-кишечного соустия (эксперементальное исследование).

Опыты производились на собаках. Материал приведен от 15-ти животных с давностью от 10 дней до 5½ мес. после операции (опыты с прожиганием слизистой Paquelin'ом и с выключением привратника в это число включены не были). На 3-х таблицах были указаны способы наложения шва, величины первоначального разреза слизистой желудка и кишки: величины измерения деревянным конусом и диаметры соустий. Из анализа материала выявилось, что при шве в 1 этаж по Bier'у, имеется тенденция к сужению соустия, вследствие сростания с краев слизистой желудка (при этом был демонстрирован препарат, полученный от собаки через 2 недели после операции, с значительно с'уженным соустием). При шве в II этаже по Czerny (без шва на слизистую), эта же тенденция выражена весьма слабо вследствие, предположительно, более тесного применения стенок желудка и кишки и меньшего послеоперационного кровотечения из краев соустия. Подчеркивая техническую простоту способа Bier'a, демонстрируя под микроскопом идеальные спайки стенки желудка и кишки, полученные при этом способе, докладчик считает применение способа Bier'a, на людях опасным. Кроме с'уженных были получены расширенные соустия (числом три). Эти соустия были вырезаны через 4 м-ца после операции от собак, рост которых в момент операции не был еще вполне закончен и которым рано после операции давалась грубая пища в виде сырого конского мяса. Демонстрированный препарат дал основание докладчику высказать предположение, что расширение соустия произошло: 1) за счет прорезывания швов в сторону брюшной полости и 2) за счет растяжения желудка и роста животного. Выводы докладчика следующие:

1. Одноэтажный непрерывный шов по Bier'у при G—E не гарантирует от раннего с'ужения соустия вследствие возможности сращения per primam краев разрезов слизистой желудка и кишки.

2. При двухэтажном шве по Czerny не исключено, по тем же основаниям, послеоперационное с'ужение Gastr. E. соустья. Но оно, повидимому, наступает гораздо реже и в меньшей степени, т. к. при условиях более тесного соприкосновения стенки желудка и кишки, сращение этих органов превалирует над сращениями краев слизистой.

3. Поступление в желудок грубой пищи в большом количестве в 1-й месяц после операции G—E способно повлиять на величину соустья. - Соустье может оказаться расширенным за счет прорезывания серо-мускульных швов в направлении к брюшной полости за счет растяжения стенки желудка и роста животного.

4) При указанных условиях и энтеро-энтероакостомоз по Брауну может подвергаться той же участи.

5. В случаях G—E с одинаковыми разрезами без перетяжки pylorus'а можно получить через 4 м-ца после операции соустья разной величины и в том числе значительно расширенные.

На заданные докладчику вопросы он раз'яснил детали патологоанатомической картины в 2-х случаях смерти его опытных собак от истощения и механизм прорезывания швов.

4. Предположенный по повестке доклад д-ра **А. К. Скальского** на тему «Эпидемический энцефалит в Западной Сибири», в виду болезни докладчика, перенесен на одно из следующих заседаний.

5. Проф. **М. Кучинский** сделал на немецком языке доклад на тему «Функция селезенки». Доклад реферировался попутно на русском языке д-ром **И. С. Пентманом.**

Остановившись в начале кратко на развитии селезенки человека и особенностях ее строения в различные периоды человеческой жизни, докладчик большую часть своего сообщения посвятил обзору принятого в настоящее время учения о функциях селезенки, установленного работами ряда исследователей, в том числе докладчика и его учеников. Селезенка взрослого человека, являясь своеобразным corpus calernosum abdominis, обладает, благодаря своему сложному строению, разнообразной функцией. Она обладает сподогенной, функцией, участвуя в уничтожении отбросов организма; характерна по своей роли в процессах питания организма, т. к. она принимает участие в промежуточных стадиях разрушения белков и в то же время, как давно установлено, является одним из важных органов кроветворения. По совокупности этих функций вырисовывается большая роль селезенки в выработке иммунитета.

Современное изучение о функциях селезенки—правда—почти лишило селезенку специфичности в качественном отношении, но, благодаря своей величине и сложности строения, селезенка сохраняет свое важное, особенно для патологии, количественное значение, являясь важным в кровяном русле органом с многообразными функциями.

Председатель **И. Шершевский.**

Секретарь **М. Мультановский.**

ПРОТОКОЛ

заседания Омского Медицинского Общества от 14-го декабря 1923 г.

Присутствовало 34 члена Общества и около 200 посетителей.

Председатель **И. М. Шершевский.**
Секретарь **М. П. Мультановский.**

1. Заслушан и утвержден зачитанный секретарем протокол заседания 30 ноября с. г.

2. Д-р **А. К. Скальский** зачитал обширный доклад—«Эпидемический энцефалит в Западной Сибири».

В первой части доклада был представлен подробный обзор эпидемиологических, патогенетических и клинических особенностей эпидемии энцефалита,

затронувшей Западную Европу и Европейскую Россию. По официальным данным, в Западной Сибири не было зарегистрировано заболеваний эпидемическим энцефалитом. Отдельные случаи заболеваний в Сибири отмечены профессором **Захарченко и Омороковым.** Докладчик полагает, что энцефалит занесен в Западную Сибирь зимой 1920—1921 г. и протекал под другим диагнозом, будучи не распознан своевременно. Докладчику, из населения окрестностей Омска, за последние годы встретилось около 25 больных с несомненными остаточными явлениями после перенесенного эпидемического энцефалита. Последний случай острого заболевания отмечен докладчиком в марте 1923 года.

Во второй части докладчик подробно продемонстрировал, ознакомив предварительно с анамнестическими данными, пять находящихся в настоящее время под его амбулаторным и больничным наблюдением, больных различной интенсивности—остаточными явлениями после острого эпидемического энцефалита.

3. За поздним временем, прения по докладу **А. К. Скальского** и намеченный повесткой доклад д-ра **В. Н. Гиммельмана** отложены до следующего заседания.

Председатель **И. Шершевский.**

Секретарь **М. Мультановский.**

ПРОТОКОЛ

Омского Медицинского Общества от 28-го декабря 1923 года.

Присутствовало 29 членов Общества и 85 посетителей.

Председательствовал **И. М. Шершевский.**

Секретарь **П. М. Мультановский.**

1. Зачитан секретарем и утвержден протокол заседания 14 декабря.

2. Д-р **Г. Г. Варман** продемонстрировал больную, у которой им наблюдалась типичная картина суставного ревматизма в результате пиэмии после воспаления среднего уха. Трепанация сосцевидных отростков имела последствием быстрое исчезновение болезненных явлений в суставах.

Д-ру **Варману** были заданы многочисленные вопросы относительно деталей клинической картины и патогенеза продемонстрированного случая.

3. Проведены прения по заслушанному в предыдущем заседании докладу д-ра **Скальского**—«Эпидемический энцефалит в Западной Сибири».

Докладчик кратко повторил основные выводы из своего доклада и указал, что продемонстрированные им больные представляют две группы: трое с явлениями паркинсонизма и двое с явлениями миоклонии. На заданные д-рами **Л. И. Коханович** и **И. С. Пентман** вопросы докладчик раз'яснил, что функционального исследования печени им не производилось. У больных была отмечена гиперфункция щитовидной железы. В большинстве случаев основным болезненным симптомом является сонливость. Главные изменения локализируются на дне третьего мозгового желудочка.

Д-р **Л. И. Коханович** считает спорными некоторые положения докладчика. В отношении третьего больного докладчик считает необходимым отметить наличие симптомов люэса. Четвертый случай можно об'яснить склерозом сосудов мозга на почве алкоголизма. В пятом случае возможна другая локализация болезненных изменений.

Д-р **И. С. Пентман** отметил важность изучения функции печени в случаях энцефалита, указал на возможность об'яснения патогенеза четвертого случая алкоголизмом больного и необходимость более точной формулировки содержания понятия «энцефалит».

Проф. **В. В. Корелин** указал, что докладчиком не дано критического обзора литературы, но проделана большая работа по обследованию больных, в чем его большая заслуга. Проанализировав истории больных докладчика, оппонент считает, что первый и второй случаи представляют несомненный энцефалит, третий и пятый—энцефалит с наслоением и четвертый не энцефалит. Точную запись историй болезни нужно поставить в большую заслугу докладчику.

Д-р **А. К. Скальский**, в заключительном слове, подробно разобрал все возражения оппонентов и привел подробные клинические данные, которые дали ему основание утверждать, что в четвертом случае он наблюдал острый энцефалит. Вопросы этиологии нужно признать недостаточно выясненными. Своего опыта в наблюдении острых случаев он не имеет, т. к. все его больные имели только остаточные явления. Многие вопросы еще не изучены.

4. Д-р **В. Н. Гиммельман** зачитал доклад «Курорт Кучук-Солоновка в сезон 1923 года».

Подробно охарактеризовав естественно-исторические особенности, климат и лечебные достоинства курорта, докладчик привел данные по истории курорта и описал его современное состояние. Полученные докладчиком результаты метеорологических наблюдений сопоставлены с данными Карачей. Детально разобраны истории болезни наиболее интересных больных сезона 1923 года. Докладчик наблюдал благоприятные результаты лечения туберкулеза суставов комбинацией местного грязелечения с протеинотерапией. Приведены показания к лечению на Солоновке.

На вопрос д-ра **Г. Е. Копылова** докладчик раз'яснил, что им не наблюдалось влияние грязелечения на почки.

В прениях д-р **Мультановский** отметил недостаточность наблюдений докладчика для сравнения климата Карачей и Солоновки. Наблюдения над лечением туберкулеза суставов у докладчика малочисленны и потому кажутся спорными. Нельзя согласиться с выводом докладчика о включении туберкулеза суставов в число показаний для грязелечения. Лучше отказаться от грязелечения при хирургическом туберкулезе.

Д-р **В. Н. Гиммельман**, в заключительном слове, подтвердил благоприятные впечатления от лечения на Солоновке туберкулеза суставов и отметил, что главная задача его доклада была обратить внимание на этот малоизвестный курорт.

Председатель **Шершевский**.

Секретарь **Мультановский**.

ПРОТОКОЛ

заседания Омского Медицинского Общества от 11-го января 1924 г.

Присутствовало членов Общества 31 человек и 80 посетителей.

Председатель **И. М. Шершевский.**
Секретарь **О. Е. Куткина.**

---

1. Проф. **Гречищев** зачитал обширный доклад: «Малярия в Омске (по эпидемическим данным 1923 г.)».

Докладчик ознакомил с теми данными, что получились, как при изучении малярийных очагов, так и от разработки материалов, взятых из регистрационных карточек по малярии. Эти материалы, уложенные в цифры, дали ему возможность придти к целому ряду выводов. Так, в отношении малярии, Омск идет впереди других городов Сибири (Томск, Иркутск); за последние годы малярия в Омске значительно усилилась и эпидемия 1923 г. заставляет трактовать о ней, как о грозном бедствии. Абсолютное и значительное относительное увеличение числа малярийных заболеваний заставляет с настойчивостью искать причины для об'яснения этого явления и сообразовать с ними программу практических мероприятий, направленных к борьбе с малярией. На основании изучения регистрационного материала удалось выявить, что май месяц и два смежных с ним дают наибольшую заболеваемость. В возрастном отношении на 20-29 лет падает максимум заболеваний, и на мужчин больше, чем на женщин; в профессиональном отношении подчеркивается факт, что профессиональный труд сам по себе непосредственно или посредственно, вледствие своей внешней и внутренней обстановки, влияет на заболеваемость. В отношении форм заболеваемости—наибольший %—88% падает на первичные заболевания, при чем местное население наиболее подвержено заболеваемости малярией.

Далее, большое внимание докладчик уделил распространению заболеваемости малярией в связи с жилищными условиями—подавляющее большинство квартир маляриков оказалось перенаселенным. Кроме того, имеется тесная зависимость малярийных заболеваний от общих санитарных условий. Районы города, наиболее заболоченные, загрязненные, близкие к отвалам, дали наибольшую заболеваемость. Таким образом, Омск сделался очагом малярийной инфекции в значительной мере и от местных условий, благоприятствующих малярии.

Докладчик полагает, что: 1) борьба с малярией в Омске, в виду грозного развития ее, должна быть упорной и систематизированной. 2) Омску необходимо спешно вступить на путь развития городского санитарного благоустройства, в особенности неотложно необходимо приступить к осушению города, 3) к делу борьбы с малярией должны быть привлечены кроме медицинского и санитарного персонала и само население города, при помощи которого только и можно обезвреживать отдельные малярийные очаги, в частности путем уничтожения комаров и защиты жилища от них; 4) борьба с малярией путем обезвреживания жилищ, превратившихся в малярийные очаги, должна начаться в зимнее время и получить свой расцвет ранней весной до вылета из жилищ перезимовавших малярийных комаров.

Д-ра **Копылов—Вульпе** интересуются, чем об'ясняет докладчик понижение иммунитета к весне и в это время наибольшее количество заболеваний малярией.

Тов. Антонов—Почему в профессиональном отношении кожевники дали наибольшее количество заболеваний.

Д-р Пентман—Устанавливались ли формы малярии.

Докладчик отвечает—что усиление малярии к весне наблюдается во всех местностях, где она вообще свила себе прочное гнездо и в виду его постоянности можно отнести к известной закономерности. Относительно падения иммунитета к весне можно очень много говорить о причинах; так, существует гипотеза о влиянии весенних фиолетовых лучей, под действием которых плазмодии, находящиеся в скрытом состоянии, выявляются. Усиленная заболеваемость среди кожевников об'ясняется расположением кожевников в районах отвалов и речки Замарайки. Формы малярии устанавливались лечащим медперсоналом и данные в этом смысле не вошли в настоящий доклад.

Д-р Пентман считает, что биология Anopheles'a в настоящее время недостаточно точно изучена и в ней надо искать разгадку тех или иных выявлений малярийной инфекции.

Проф. Зарницын полагает также, что нельзя одной загрязненностью и заболеваемостью Омска об'яснить усиление virus'a малярии.

По обмене мнений, председатель вносит предложение избрать комиссию, которой Медицинское О-во поручит собрать весь материал по детальному освещению заболеваемости малярией в Омске и к следующему заседанию О-ва Комиссией надлежат быть представлены ее соображения по выработке мероприятий по борьбе с малярией. Комиссия избирается в составе 3-х лиц: д-ра Калашникова, как представителя Водного Транспорта, от Военведа д-ра Лебедева и от Мед. О-ва проф. Рязанова.

2. Д-р Кутыев зачитывает доклад «О течении и лечении малярии по данным Омского Военного Госпиталя за первые 10 мес. 1923 г.»

Из больных, прошедших через Омский Военный Госпиталь, большой процент падает на первичные случаи заражения малярией. Если взять рецедивы 1923, 1922 и 1921 г. г. по отношению к общему числу рецедивов, то на них падает 73%. Докладчик отмечает, что по его наблюдению в малярийных местностях всякое интеркурирующее заболевание может служить причиной рецедивов малярии.

Лечение маляриков в Омском Военном Госпитале производилось главным образом по способу Нохта, при чем chinin muriatic давался в 8 ч. утра по 1.0 в течение 8-ми дней подряд. Далее следовало два дня перерыва, затем два дня опять принималась хина, далее перерыв в три дня, снова два дня приемы хины и т. д., увеличивая перерыв на 1 день до 10-ти дневного перерыва. Выписывались больные большей частью во время второго перерыва при отрицательном результате исследования крови, для дальнейшей хинизации по способу Нохта в воинской части. Средняя продолжительность госпитализации была 17,5 дней. В некоторых случаях способ Нохта был соединен с внутривенным вливанием неосальварсана или неоарсено бензола 2 раза с 6-ти дневным перерывом во время первых 8-ми дней лечения хинином. 50 случаев было лечено только вливанием неосальварсана, при чем делались 2 вливания по 0.6 с промежутком в 6 дней. Этот способ хорош тем, что в противоположность хинину не действует угнетающим образом на больного. При всех способах лечения плазмодии быстро исчезали в переферической крови, например, при вливании неосальварсана через 17 часов, но докладчик все-же вынес впечатление, что малярия, под влиянием хины или неосальварсана, переходит лишь в скрытую форму, в силу чего необходимо упорно продолжать хинизацию организма. И, таким образом, главным принципом, лежащим в основе лечения малярии, должна быть продолжительность и периодичность. Но, наиболее рациональным

докладчик считает все-же лечение хиной по способу Нохта, соединенный с повторными вливаниями Neosalvarsan'a.

Проф. Рязанов интересуется, наблюдались ли случаи перехода тропической малярии в tertian'a.

Д-р Пентман—наблюдались ли случаи Lues'a совместно с малярией и каков был эффект лечения.

Д-р Шершевский—когда делались ин'екции neosalvarsan'a, в период аппериксии или при высокой t⁰.

Д-р Вульпе желал бы знать, как об'ясняет докладчик действие хинина, бактерицидно или еще каким либо образом.

Д-р Кабалкин—почему хинин давался всем больным в 8 часов утра.

Докладчик говорит, что переход тропической малярии в tertian'a не наблюдался.

Люэс, в соединении с малярией проходили через Госпиталь; все люэтики, больные малярией, лечились neosalvarsan'ом и разницы в течении заболеваний не наблюдалось.

Ин'екции Neosalvarsan'a преимущественно производились в состоянии апперексии.

Способ действия хинина на малярийные инфекции не входит в цель доклада, но, по мнению докладчика, под действием хинина, малярия принимает скрытую форму. Ясных критериев, что малярия в том или другом случае излечена совершенно—не имеется, т. к. прибегать для установки факта излечения к пункции селезенки или трепанации грудной клетки—метод очень мучительный.

Хинин давался в 8 ч. утра всем больным, не в зависимости от часов приступа, т. к. мало было среднего медперсонала, да и результаты всегда были положительными, т. к. приступы обрывались.

За поздним временем, доклад проф. Рязанова, стоящий на повестке, переносится на следующее заседание Медицинского О-ва.

Председатель И. Шершевский.

Секретарь М. Мультановский.

ПРОТОКОЛ

заседания Омского Медицинского Общества от 25-го января 1924 г.

Присутствовало 28 членов Общества и 55 посетителей.

Председатель **И. М. Шершевский.**
Секретарь **М. П. Мультановский.**

---

1. От имени Правления О-ва, председательствующий предложил собравшимся почтить память недавно скончавшегося т. Ленина, что и было исполнено всеми присутствующими.

2. Секретарем зачитан и утвержден собранием протокол заседания О-ва 28 декабря 1923 года.

3. Проф. **А. В. Рязанов** прочитал доклад «Наблюдения над малярией в Омске в эпидемию 1923 года (по работам противомалярийной станции)».

Докладчик познакомил с результатами проведенных им наблюдений, главным образом, над местами нахождения комаров. Кроме исследования пищеварительного тракта комаров, найденных в жилых домах и зимовавших там, обследованы стоячие водоемы в городе и его ближайших окрестностях. Обследования малярийных очагов показали, что эпидемия развилась там, где имелись стоячие водоемы. Хотя имеются достаточные основания полагать, что не одни комары являются передатчиками малярии, все же докладчик считает, что основным мероприятием в деле борьбы с малярией должно считать борьбу с комарами.

На заданные ему многочисленные вопросы докладчик раз'яснил, что им не наблюдались случаи передачи малярии от человека к человеку; в реках Омь и Иртыш ни разу не находились комары и их личинки; ловля комаров в водоемах производилась простым шелковым сачком; наблюдений над биологией комаров в Омске не производилось; наибольшее количество комаров наблюдалось в начале июня и второй половине августа.

Д-р **Д. Н. Лебедев** привел статистические данные, указывающие на неблагополучие по малярии долины Иртыша, подробно охарактеризовал малярию, как общественное бедствие, требующее энергичных мероприятий. Останавливаясь на отмеченной в докладе большой заболеваемости детей, оппонент указывает на необходимость большой осмотрительности при применении у них методов физической культуры.

Д-р **И. С. Пентман** указал, что непосредственное заражение малярией применяется, как терапевтический прием, при лечении прогрессивного паралича. Высказанное докладчиком предположение о возможности перехода от одного вида плазмодия в другой отвергается известным специалистом Мюленсом. Оппоненту представляется интересная проблема, почему по времени период наибольшей заболеваемости малярией в Омске не совпадает и даже опережает период наибольшего распространения комаров.

Д-р **К. Я. Бабаев** отмечает, что до последнего времени малярия считалась острым заболеванием и надо разрешить, почему она превратилась в общественное бедствие.

В заключительном слове проф. **А. В. Рязанов** подчеркнул приобретенный малярией характер общественного бедствия, что особенно выявится при улучшении постановки регистрации заболеваемости и смертности. Для изучения эпи-

демиологических особенностей малярии и главным образом биологии комара, важно совместно работать врачам и биологам.

4. Проф. А. В. Рязанов прочитал выработанные избранной на прошлом заседании комиссией, в связи с заслушанными докладами Гречищева, Кутыева и Рязанова, подробные «Положения о мероприятиях по борьбе с малярией». «Положения» прилагаются к настоящему протоколу.

Председатель отметил, что Правление не было ознакомлено с текстом «Положения», а комиссия не поняла поставленной ей О-вом задачи—составления докладной записки в Губздрав о мероприятиях, имеющих общественное значение.

После непродолжительных прений, в которых приняли участие д-ра Г. Е. Копылов и И. С. Пентман и проф. А. В. Рязанов, собрание, по предложению Правления, постановило поручить коммссии, совместно с Правлением, составить проект докладной записки от имени О-ва о необходимых общественного характера мероприятиях по борьбе с малярией в Омске и проект этот подвергнуть обсуждению в общем заседании.

Председатель **Шершевский.**

Секретарь **Мультановский.**

ПРОТОКОЛ

заседания Омского Медицинского Общества от 8 февраля 1924 г.

Присутствовали 26 членов Общества и 65 посетит.

Председательствовал **И. М. Шершевский.**

Секретарь **М. П. Мультановский.**

1. Заслушаны и утверждены протоколы заседаний 11 и 25 января с. г.

2. Д-р **А. Ф. Пономарев** продемонстрировал больную после операции Cholecystotomia idealis.

Интерес продемонстрированной больной заключается в том, что во время лапаротомии, по поводу пупочной грыжи, у нее было обнаружено прободение желчного пузыря, не вызывавшее перитонита, была произведена идеальная холецистотомия с благоприятным исходом. Продемонстрирован извлеченный при операции камень величиной с вишню.

На заданные вопросы докладчик раз'яснил детали диагностики и техники операции.

3. Д-р **Г. Е. Копылов** прочитал доклад—«Раковая болезнь и рациональные методы борьбы с нею»

В обширном докладе докладчик подробно осветил современное состояние вопросов этиологии и частоты раковой болезни, рациональных методах ее лечения, постановки дела борьбы с ней в Европе и Америке и также тех мероприятиях, какие должны быть приняты для борьбы с ней в России. Основные выводы докладчиком резюмированы в следующих положениях:

1. Раковая болезнь, уносящая в могилу ежегодно тысячи жертв, требует от государства, от общества и от врачей чрезвычайно внимательного к себе тношения и деятельного участия для борьбы с ней.

2. Изучение этиологии и патогенеза раковой болезни за последние годы значительно подвинулось вперед и сущность ее стала раскрываться. А потому и методы борьбы приобретают научное обоснование.

3. Опыт Западной Европы и Америки определенно наметил для борьбы против раковой болезни организацию специальных учреждений типа диспансеров, в которых просветительная хирургическая и научная стороны дела должны быть поставлены на должной высоте.

4. Россия и Сибирь нуждаются в противораковых мероприятиях не меньше чем другие страны.

5. В г. Омске, как медицинском центре Зап. Сибири, необходима организация противоракового кружка. Для осуществления этой задачи Омскому Медицинскому О-ву следует из своей среды выделить инициативную группу.

Проф. **Кучинский** в прениях по докладу отметил, что многочисленные работы мало раз'яснили вопрос о лечении рака и предложенные методы не дали ожидавшихся результатов.

Д-р **С. М. Копосов** указал, что применение рентгеновских лучей особенно глубокая рентгенот. дает в терапии рака более благоприятные результаты, чем это приведено докладчиком.

Д-р **И. С. Пентман** указал, что докладчиком недостаточно подчеркнуто значение защитных сил организма в этиологии и терапии раковых опухолей. Это важно для об'яснения терапетического эффекта при многих методах, где имеет значение часто поднятие общей сопротивляемости организма.

Проф. **В. Л. Борман**, на основании своего многолетнего опыта, подходит к вопросу о раковых опухолях с точки зрения клинической и полагает, что оперативное лечение дает мало результатов и до настоящего времени многие вопросы, особенно вопрос о злокачественности опухолей, остаются совершенно неясными.

Проф. **Кучинский** предостерегает от увлечения глубокой рентгенотерапией раковых опухолей, т. к. лучами разрушаются не только клетки опухоли, но и окружающие опухоль и активно борющиеся с ней лейкоциты. Считает, что нужно отнестись очень осторожно к высказанному проф. **Борман** предположению о возможности самоизлечения рака.

Д-р **А. Ф. Пономарев** полагает, что в дальнейшем лечение рака будет фармацевтическим. Больше значения нужно придавать применению лучистой энергии; отмеченное докладчиком увеличение числа раковых больных нужно об'яснить улучшением статистики и диагностики.

Д-р **Г. Е. Копылов** в заключительном слове отметил, что большинство оппонентов мало коснулись выдвинутого им положения о необходимости рациональной борьбы с раковой болезнью. В решении вопроса об этиологии опухолей считает большим шагом внесение **Н. Н. Петровым** энергетической точки зрения. В освещении вопросов терапии старался быть об'ективным и приводил статистику многих видных авторов, считая, что статистические выводы говорят убедительнее, чем опыт отдельного хирурга. В заключение подчеркивает свое положение о необходимости Медицинскому Обществу проявить инициативу в деле борьбы со злокачественными опухолями и рекомендует создать при О-ве кружок по изучению рака.

Председатель **И. М. Шершевский** предлагает передать на рассмотрение Правления О-ва возбужденный д-ром **Копыловым** вопрос о создании особого ракового кружка, что и принято общим собранием.

Председатель **И. Шершевский.**

Секретарь **М. Мультановский.**

ПРОТОКОЛ

заседания Омского Медицинского Общества от 7-го марта 1924 г.

Присутствовало 25 членов Общества и 35 посетителей.

Председательствовал **И. М. Шершевский.**

Секретарь **П. М. Мультановский.**

---

1. Председатель О-ва об'яснил, что назначенное на 22 февраля заседание О-ва было отменено потому, что Административный Отдел Губисполкома отказал О-ву в выдаче разрешений на право созыва собраний впредь до получения О-вом утвержденного Сибпрофобром устава. Правление О-ва с одной стороны просило Сибпрофобр ускорить утверждение устава и с другой, путем личных переговоров с Председателем Губисполкома, получило разрешение созывать заседания О-ва, не ожидая получения устава из Сибпрофобра.

2. Д-р **Г. Г. Варман** пред'явил больного, страдающего туберкулезом легких и туберкулезом гортани. По поводу последнего осложнения, в виду болезненности, мешавшего больному глотать, ему была произведена д-ром **Варман** двусторонняя перерезка верхнего гортанного нерва. Операция прошла благополучно и дала возможность больному безболезненно производить глотательные движения.

3. Д-р **А. Ф. Пономарев** продемонстрировал больную женщину по поводу transplantatio uretherum осложнения послеоперационного периода. После демонстрации докладчик кратко познакомил с техникой операции и послеоперационного периода и выставил следующие положения: 1) предоперационная продолжительная подготовка больных (молочная диэта, подготовка кишечника по **Мечникову**, вакцинация кишечной палочкой) может свести до минимума осложнения послеоперационного периода при пересадке мочеточников на почве восходящей инфекции; 2) улучшение техники и проведение послеоперационного периода с тщательным уходом за прямой кишкой, в виде систематических промываний и небольших клизм из органических кислот, для нейтрализации щелочного брожения мочи, уничтожат послеоперационные осложнения со стороны слизистой прямой кишки; 3) накопление казуистики, изучение отдаленных результатов операции несомненно увеличат число приверженцев операции, уменьшат страх перед ней и расширят показания к последней.

На многочисленные вопросы докладчик раз'яснил детали техники операции и отдаленные результаты операции.

4. Зачитаны секретарем и утверждены собранием протоколы заседаний О-ва 11 и 25 января с. г.

5. Зачитан и принят собранием составленный комиссией проэкт докладной записки в Губздрав о желательных мероприятиях общественного характера по борьбе с малярией (записка прилагается).

6. Зачитана Секретарем выписка из протокола заседания Правления О-ва от 11 февраля с. г.

«Рассмотрев положения доклада д-ра **Г. Е. Копылова**, по вопросу о создании при О-ве противо-ракового кружка, Правление О-ва постановило представить общему собранию следующие соображения:

Создание в Омске учреждения для лабораторного и клинического изучения новообразований не представляется возможным в виду отсутствия соответствующей обстановки, средств и научных сил. Кроме того, работа в этом направлении создала бы излишний параллелизм с работой аналогичных центральных учреждений без надежды на то, что научная изыскательская работа в Омске поднимется до уровня работы центральных учреждений.

Принимая во внимание, что Сибирь и Омская губерния, в виду многих этнографических и бытовых особенностей, представляют большой материал для статистического изучения вопроса о распространении новообразований, Правление считает возможным и желательным рекомендовать создание при О-ве комиссии из 3 лиц для разработки плана и методики статистического обследования распространенности новообразований в Западной Сибири».

По поводу предложения Правления д-р Копылов считает, что Правление не точно поняло его мысль. Он в своем докладе предлагал создание не научного учреждения по изучению рака, а создание кружка, имеющего целью популяризацию рациональной борьбы с этой опухолью.

Проф. В. В. Корелин поддерживает точку зрения д-ра Копылова.

Д-р И. С. Пентман подробно выясняет те мотивы, которыми руководствовалось Правление О-ва. Правление полагало, что в деле изучения рака всякое распыление сил и средств нецелесообразно. При современном состоянии знаний, работа по изучению этиологии опухолей возможна только в больших лабораториях. Относительно популяризационной и санитарно-просветительной работы по вопросам связанным со злокачественными образованиями, Правление считало, что необходимо вести эту работу в первую очередь по тем вопросам медицины (туберкулез, сифилис), социальный характер которых более важен, чем это можно сказать относительно опухолей. Правление полагает, что в области изучения распространенности опухолей в Сибири работа О-ва возможна и нужна.

Баллотировкой предложение Правления принимается с поправкой д-ра П. Л. Островского о том, чтобы в первую часть была внесена более подробная мотивировка в том духе, как это изложил д-р Пентман.

В Комиссию избираются В. Л. Борман, Е. С. Сорокин и И. С. Пентман

7. Баллотировкой принимаются в члены О-ва врачи А. И. Кинцельуейфец и А. М. Гесселевич.

8. Д-р М. П. Мультановский зачитал доклад—«Впечатления от поездки на IV Всероссийский с'езд по курортному делу»,

После краткой информации об общей работе с'езда, в докладе более подробно были освещены наиболее интересные для врачей Сибири вопросы грязелечения и кумысолечения, поскольку они послужили предметом работ с'езда.

9. Профессор В. В. Корелин прочитал доклад—«О психоневрологическом с'езде в январе текущего года (впечатления участника).

В докладе подробно обрисована работа общих заседаний с'езда и главных секций: терапевтической, гипноза, криминологической и др.

Председатель И. Шершевский.

Секретарь М. Мультановский.

ПРОТОКОЛ

заседания Омского Медицинского Общества от 21-го марта 1924 г.

Присутствовало 40 членов Общества и 80 посетит.

Председатель **И. М. Шершевский.**

Секретарь **М. П. Мультановский.**

---

1 Д-р **П. Л. Островский** продемонстрировал больного с редкими, по степени, осложнениями при мягком шанкре. Больной киргиз страдает мягким шанкром около 2-х лет, лечился только домашними средствами. В настоящее время процессом совершенно разрушена головка и большая часть полового члена и, кроме того, имеются язвы на мошонке.

2. Председатель информировал собрание, что устав О-ва утвержден и О-во зарегистрировано.

3. По предложению Правления, собрание признало желательным поставить на повестку одного из ближайших заседаний О-ва доклад об отборе больных для курортного лечения. Для составления доклада избрана комиссия в составе **Е. С. Волковой, П. И. Зарницына, О. Е. Куткиной, М. П. Мультановского** и **А. В. Рязанова.**

4. По предложению Правления, собрание признало желательным просить Губздрав, чтобы местным Бактериологическим Институтом вырабатывались лечебные сыворотки все, или хотя бы некоторые; если же это не представляется возможным, то просить, чтобы Губмедторг имел в аптеках ассортимент лечебных сывороток.

5. По предложению Правления, собрание признало необходимым поставить в заседаниях О-ва подробный доклад по вопросу об абортах, с точки зрения медицинских и социальных показаний. Для разработки доклада избрана комиссия в составе **П. Н. Владимирского, А. А. Грязнова, И. П. Законова, И. С. Пентман** и **И. М. Шершевского.**

6. В виду отказа, за недостатком времени, от участия в комиссии по разработке методики статистики злокачественных новообразований **В. Л. Борман,** собрание постановило просить принять участие в работе комиссии **К. М. Гречищева.**

7. Д-р **Е. С. Сорокин** зачитал доклад—«Изменения крови при сифилисе».

В первой части докладчик подробно ознакомил с историей изучения изменений крови при заболевании сифилисом. Отметив, что до настоящего времени не выяснены многие вопросы об изменениях в крови при сифилисе, докладчик во второй половине доклада ознакомил с частью результатов своих работ по изучению изменений при сифилисе белых кровяных телец по методу **Шиллинга.** Первую группу его больных составляли больные (50 чел.) в возрасте 18—25 лет с нелеченным первичным склерозом. У этих больных был обнаружен моноцитов от 15 до 35 процентов (в среднем 22,5%). Нарастание моноцитоза параллельно возрастанию продолжительности склероза. Вторая группа (25 чел.) с явлениями вторичного сифилиса обнаружила в среднем такой же моноцитоз. Третья группа (10 чел.) с мягким шанкром обнаружила среднее число моноцитов в 6%. Во время хода лечения моноциты исчезают только после 5—6 вливания при ртутносальварсанном лечении. При лечении висмутом моноцитоз исчезал медленнее клинических проявлений. Выводы докладчика таковы: моно-

цитоз—наблюдается не только при вторичном, но и первичном сифилисе (по крайней мере в возрасте 20—25 лет.) В настоящее время еще не имеется достаточно данных для установления практического значения моноцитоза. Если моноцитоз при сифилисе будет констатирован для различных возрастов, то моноцитозу можно будет ставить ранний диагноз твердого шанкра.

На многочисленные вопросы докладчик раз'яснил рязличные детали методики.

Д-р **И. С. Пентман** считает данные, полученные д-ром **Сорокиным**, интересными с теоретической точки зрения, т. к. моноцитоз нужно считать реакцией ретикуло-эндотелиального аппарата на заражение сифилисом.

Проф. **Кучинский** отметил, что работа по изучению реакции лимфоцитов при сифилисе не дала больших результатов. Важнее изучение проявлений реакции ретикуло-эндотелиального аппарата в связи с изучением обмена веществ и морфологии гранулемы.

Проф. **А. В. Рязанов** отметил несколько деталей окраски препаратов по по методу **Гимза**.

В заключительном слове д-р **Сорокин** отметил, что в своей работе он точно придерживается методики **Шиллинга**.

8. Д-р **М. П. Мультановский** зачитал реферативный доклад—«Естественная система туберкулеза по **Ранке**, как отражение современного состояния знаний о патогенезе легочного туберкулеза.»

Председатель **И. Шершевский**.

Секретарь **М. Мультановский**.

ПРОТОКОЛ

заседания Омского Медицинского Общества от 28 марта 1924 г.

Присутствовало 33 члена Общества и 75 посетителей.

Председательствовал **И. М. Шершевский**.

Секретарь **М. П. Мультановский**.

1. Зачитаны и утверждены протоколы заседаний Мед. О-ва 7-го и 21 марта с. г.

2. Профессор **А. В. Рязанов** продемонстрировал взрослую женщину с Situs viscerum inversus totalis.

3. Д-р **А. М. Беньяминович** продемонстрировал больного с реинфектом сифилиса. Больной в августе 1923 г. абортивным способом был излечен д-ром Беньяминовичем от твердого шанкра и в настоящее время вновь заразился.

Поправка д-ра Сорокина о том, что демонстрировался случай излечения от сифилиса.

4. Д-р **В. Н. Гиммельман** зачитал доклад «К вопросу об опухолях брюшной стенки».

В первом случае у женщины средних лет на средине живота имелась твердая, бугристая опухоль вели-

чиною с арбуз. Общая кахексия. Клинический диагноз: sarcoma parietalis abdominis. Оперативно удалена опухоль окружностью 50 см. Патолого-анатомический диагноз: sarcoma parvicellulare, partim globocellulare; partim fusocellulare.

Во втором случае у взрослой женщины, в правой подвздошной впадине, имелась опухоль величиною с грецкий орех. Клинический диагноз: десмоид брюшной стенки. Оперативно удалена опухоль величиной 8 х 3 х 2 см. Патолого-анатомический диагноз: фиброма брюшной стенки с примесью микоматозных и миоматозных клеток. После описания своих случаев, докладчик подробно осветил литературу вопроса об опухолях брюшной стенки.

5. Д-р **С. М. Копосов** прочитал доклад «К казуистике врожденных опухолей копчика».

У мальчика 3 лет, над левой ягодичной областью нависала на ножке опухоль, спаянная с нижней частью копчика. На покрывавшей опухоль коже имелся свищ, из которого выделялся гной. При операции удалена опухоль весом 200 гр., не имевшая связи с костными частями позвоночника. Микроскопическое исследование опухоли показало, что она представляла собой тератому типа тридермом и состояла из соединительной, жировой, хрящевой ткани, эпителиальных кист и поперечных полосатых мышц.

В заключение докладчик ознакомил с литературой вопроса о прирожденных опухолях копчика.

6. Д-р **М. В. Клячкин** прочитал доклад «Опухоль паховой области, симулирующая грыжу».

Из доступной литературы докладчик привел несколько случаев опухолей паховой области, ошибочно принятых опытными хирургами за паховые грыжи и распознанных только sud operatione. В случае докладчика у 37-ми летней женщины в течение 5 лет имелась опухоль в правой паховой области, напоминавшая и принимавшаяся многими за грыжу и спускавшаяся в большую губу. Размер опухоли 26 х 14 х 7 см. Удалена оперативно. Гистологический диагноз опухоли—myxofibroma teleangiectaticum.

7. Д-р **В. Ф. Прусский** прочитал доклад «fibroma teleangiectaticum facili».

Ознакомив с литературой вопроса, докладчик перешел к описанию своего случая. У 27 ми летнего мужчины имелась в области правого крыла носа небольшая прирожденная опухоль, которая с 21, летнего возраста, начала расти. Несколько лет тому назад, частично удалена оперативно, но вновь разрослась до больших размеров (с кулак). Удалена. Гистологический диагноз: fibroma teleangiectaticum.

8. Д-р **А. Ф. Пономарев** прочитал доклад—«Глава из отчета институтской хирургической клиники.»

Полагая, что периодическое представление клинических отчетов важно для медицинской статистики и выяснения обстановки лечебного учреждения, докладчик привел основные данные из годового отчета клиники. Подробно охарактеризована обстановка клиники и применяемые в ней методы подготовки больных, подготовки рук хирурга, наркоза. В области наркоза клиника стремится ограничить применение ингаляционного наркоза, особенно хлороформа. Изложены главные осложнения операций и послеоперационного периода. Подробно проанализированы случаи смерти.

9. В общих прениях по всем докладам проф. **В. Л. Борман** отметил практическую важность случаев, сообщенных д-ром **Гиммельманом**, особенно первого, стоявшего на границе операбильности. В параллель с докладом д-ра **Копосова**, оппонент описал I аналогичный случай, встретившийся в его практике. Приветствуя доклад д-ра **Пономарева**, оппонент не разделяет подчеркнутого докладчиком отрицательного отношения к ингаляционному наркозу.

Д-р **А. М. Гесселевич** привел из клиники **Оппеля** случай операции громадных сарком брюшной стенки. В отношении 2-го случая д-ра **Гиммельмана** оппонент считает, что докладчиком недостаточно исключена возможность воспалительного характера опухоли.

Д-р **К. И. Чуловский**, по поводу первого случая д-ра **Гиммельмана**, привел дополнительные данные, подтверждающие тяжесть интоксикации от опухоли. В отношении 2-го случая полагает неисключенной возможность воспалительного начала опухоли. В отношении доклада Д-ра **Пономарева**, оппонент не видит достаточных оснований к столь резкому отношению к ингаляционному наркозу.

Д-р **Г. Е. Копылов** отмечает ухудшение качеств хлороформа и эфира за последние годы и считает правильным попытки расширения области применения других методов наркоза.

Д-р **И. С. Пентман** полагает, что приведенное в докладе д-ра **Гиммельмана** гистологическое описание опухоли во 2-ом случае не дает основания считать эту опухоль воспалительной. Описание д-ра **Гиммельмана** соответствует приведенному диагнозу фибромы.

Поправка д-ра Гесселевича. Отвечая Пентману, дополняет свои возражения по поводу толкования клинической и патологогистологической картины 2-го случая д-ра **Гиммельмана**.

В заключительном слове **А. Ф. Пономарев** отметил, что представленный в докладах его сотрудников материал интересен с точки зрения клинической. В отношении наркоза в клинике он стремился дать возможность каждому студенту наблюдать различные виды наркоза. Вообще же в деятельности клиники он стремится ограничить область применения общего наркоза. Относительно наркоза подробнее осветят опыт клиники его сотрудники.

Д-р **В. Н. Гиммельман** отметил, что во 2-ом его

случае, как клиническая, так и гистологическая картин
исключают возможность диагноза воспалительной опух
ли. Радикализм в лечении десмоидов брюшной стен
оправдывается неясностью их этиологии и патогенез
Применяемая в клинике спинно-мозговая анестезия ст
ванном даст хорошие результаты.

Д-р **М. В. Клячкин** указал на недостатки обще
хлороформенного наркоза, заключающиеся в качест
препарата, состоянии наркотизируемого и недостаточн
опытности наркотизатора. Местная анестезия дает целы
ряд преимуществ.

Председатель **И. Шершевский.**

Секретарь **М. Мультановский.**

ПРОТОКОЛ

заседания Омского Медицинского Общества от 11 апреля 1924 г

Присутствовало 41 член Общества и 83 посетителя.

Председатель **И. М. Шершевский.**

Секретарь **Либгот.**

1. Д-р **И. Шершевский** доводит до сведения О-ва о предстоящих юби леях—40-ка летнем проф. **Курлова** и 30-ти летнем профес. **Сапожникова** предлагает от имени Правления О-ва послать обоим юбилярам приветственны телеграммы и избрание проф. **Курлова** почетным членом О-ва.

Д-р **Сорокин** предлагает проф. **Сапожникова** также избрать почетны членом О-ва.

Д-р **Куткина** оглашает тексты приветственных телеграмм, каковые при нимаются единогласно. По предложению проф. **Рязанова**, в телеграмме проф **Сапожникову** внесена поправка вместо «ботаническую»—«биологическую». По правка принимается. Открытым голосованием, единогласно избираются в почет ные члены О-ва проф. **Курлов** и проф. **Сапожников**. По предложению д-ра **Со рокина**, об избрании проф. **Сапожникова** в почетные члены О-ва, добавляется текст телеграммы.

Д-р **Егоров** предлагает поместить сообщение о посылке приветственны телеграмм юбилярам в местной газете.

Д-р **Сорокин** предлагает поместить в газете биографии юбиляров. Прини мается предложение д-ра **Егорова**.

Д-р **И. Шершевский** сообщает о предстоящей поездке в Томск на юбилей проф. **Семенова** и вносит на обсуждение О-ва, передать-ли телеграммы через проф. **Семенова** или послать почтой.

Проф. **Рязанов** поддерживает предложение о передаче телеграмм через проф. **Семенова**. Предложение принимается единогласно.

2. Д-р **Куткина** оглашает протокол заседания Правления и постановление Правления о включении в его число кандидата д-ра **Либгот**, в виду отезда д-ра

Іультановского. Обязанности секретаря распределены следующим образом: секретарь Правления—д-р Куткина и секретарь О-ва д-р Либгот, с предоставлением ему права замены вторым кандидатом Правления д-ром Добровским.

3. Д-р Либгот зачитывает протокол заседания О-ва от 28/III 24 г. Протокол утверждается с поправками д-ра Сорокина и д-ра Гисселевич.

4. Д-р Беньяминович демонстрирует больного с Lichen planus. Оглашается история болезни больного. Интерес больного заключается в том, что он проделал раньше psoriasis vulgaris, от которого лечился у проф. Боголепова, а в настоящее время проделывает Lichen ruber planus. По этому поводу докладчик предполагает списаться с проф. Боголеповым.

Тов. Кузнецов спрашивает о способах лечения.

Д-р Шершевский спрашивает об особенностях патолого-гистологического препарата.

Проф. Борман спрашивает, что известно об этиологии этой болезни и какова флора.

Д-р Ласков—останется ли пигментация у больного.

Д-р Вульпе—часто ли это заболевание, отличие его от Lichen acuminat и отмечает, что при отличии симптоматична восковидность.

Д-р Беньяминович отвечает: лечение—внутрь мышьяк, наружно мази, затем подробно описывается препарат и отличие его от psoriasis vulgaris. По поводу этиологии существует много теорий, но все они недостаточно обоснованы. Заболевание редкое, потому и демонстрируется. Границы симптомов широки и расплывчаты.

Д-р Сорокин дополняет, что этиология неизвестна и флора не обнаружена.

5. Д-р Волкова докладывает о работе комиссии по отбору курортн. больных. Прежде чем огласить положения, разработанные комиссией, докладчик делится теми сомнениями, которые были у комиссии о целесообразности и целях работы комиссии. Познакомив О-во с Турбановской и американской классификацией tbc, докладчик излагает выработанные комиссией положения:

1. При направлении больного на тот или другой курорт чрезвычайно желательна особая осторожность в даче больному подробных советов, а также и знакомство врача, как с самим курортом, так и условиями проезда на курорт.

2. Необходимо возможно точное установление характера болезненного процесса в легких, как со стороны анатомической, так и клинической.

3. Следует возможно строже руководствоваться получающим за последнее время все большее признание принципом—направлять на курорты только тех больных, у которых с наибольшей вероятностью можно расчитывать на получение наилучшего лечебного эффекта. Комиссия особенно на этом настаивает, считаясь с фактами недавнего прошлого, когда на курорты отсылались больные 3-ей стадии.

4. Учитывая кратковременность курортного сезона для больных, необходимо руководствоваться, применяя принятую 2-м Всероссийским С'ездом по борьбе с туберкулезом классификацию, следующими положениями:

а) нужно категорически высказаться против посылки всех легочных туберкулезных больных с явлениями декомпенсации, независимо от степени топографического распространения процесса. (1С. 2С. 3С.) x (смотри допол.).

б) из группы случаев средней тяжести (2А. 2В. 3А. 3Б) можно ожидать хороших результатов в тех случаях, когда у организма хватает сил для компенсации процесса.

Определения запаса этих сил для компенсирования процесса комиссия считает при однократном посещении больного не легким, а потому предлагает возможно полнее использовать анализ, а с другой стороны определять характер анатомического процесса, т. е. продуктивен он или эксудативен.

в) относимые в группу легких случаи с топографическим распространением первой степени по Турбану, компенсированные и субкомпенсированные (1А.,) представляют наиболее подходящих для кратковременного летнего курортного лечения больных легочным туберкулезом.

Дополнительно к этому:

1) Железистый туберкулез подлежит отправлению только в случаях терапевтических, хирургические случаи, открытые свищи, не подлежат.

2) Туберкулез гортани отправлению не подлежит.

3) Перибронхиты отнести в первую анатомическую группу, а функциональные разверстать по общему порядку—А, В, или С.

Дополнения к «положениям».

Анатомические изменения в легких идут под знаками 1,2, и 3. 1) Наличный процесс: легкая инфильтрация верхушек, нет осложнений. 2) Умеренно-развитой процесс: значительне распространенная инфильтрация (ниже границы) отсутствие серьезных осложнений. 3) Далеко зашедший процесс, большие доли, каверны. Серьезные осложнения. Функциональные расстройства обозначаются буквами:

А . . . Незначительные растройства (т-ра, потеря в весе, пульс и т. д.)

В . . . Умеренные расстройства—субкомпенсация.

С . . . Тяжелые расстройства—декомпенсация

Таким образом, получаются записи:

IA, IB, IC, 2A, 2B, 2C, 3A, 3B, 3C, характеризующие процесс и по месту и по течению.

В дополнение к означенному положению, Медицинское О-во высказало пожелание, чтобы на курортах были организованы комиссии на предмет продления срока лечения тем больным, у коих наметился безусловный успех в лечении и для которых прекращение лечения может свести на нет достигнутые результаты. Страхкассам, при учете мест на 2-ой сезон, иметь в виду таковую возможность.

Тов. Кузнецов просит сообщить состав комиссии.

Д-р Кабалкин просит раз'яснить, как скомбинировать признаки, например, 3А.

Т. Сморгонский—считает ли комиссия достаточным 6-ти недельный срок и какие признаки положены в основу комиссией.

Д-р Бабаев—будут ли у комиссии анамнестические данные.

Д-р Мануйлов отмечает неполноту комбинированной классификации Турбано-американской и трудности, могущие встретиться на практике. Сомнительна возможность комбинации IC.

Д-р Волкова—состав комиссии: проф. Зарницин, проф. Рязанов, д-р Волкова, д-р Куткина и Мультановский. Комбинирование признаков по цифрам—анатомические изменения, по буквам функциональные изменения. Срок недостаточен, конечно, но это не зависит от комиссии. Признаки, положенные комиссией—имеющиеся классификации, из которых взяты наиболее простые. Отборочные карты должны дать исчерпывающий анамнестический материал. Если в комиссию поступят больные из амбулаторий, то этих данных не будет.

Классификация, конечно, не вполне исчерпывающая и затруднения могут быть, но комбинация I и С вполне может быть.

Д-р Мануйлов отмечает, что если будут попадать больные из амбулаторий, без достаточных анамнестических данных, комиссия будет поставлена в безвыходное положение при постановке диагноза.

Д-р Волкова повторяет, что она предупреждала, что в некоторых случаях комиссия будет в затруднительных положениях.

Тов. Сморгонский спрашивает, оперировала ли комиссия с положениями Наркомздрава.

Д-р Волкова—вначале работы комиссия запросила материалы из Страхкассы и получила положения бальнеологического с‘езда и положения Наркомздрава, что и было положено в основу работ комиссии.

Д-р Вульпе—учитывала-ли комиссия разницу в возрасте, кроме анатомических и функциональных изменений и учитывала-ли социальное положение.

Д-р Волкова—о возрасте не говорилось. Что касается социального положения—ответом может служить официальные нормы: 75% рабочих от станка, 10%, подростков и 15% совслужащих.

Д-р Пентман отмечает, что О-во, создавая комиссию, имело целью облегчить работу амбулаторных врачей, а не отборочной комиссии.

Д-р Мануйлов говорит, что все-таки точных границ классификация не дала. Невозможно установить ту грань, за которую перейти нельзя и врачи часто будут в безвыходном положении.

Д-р Добровский—жизнь заставит положить в основу работы отборочной комиссии социальные показания, а не медицинские, в виду чего работа комиссии в значительной части сойдет на нет и подходящие больные по классификациям должны будут быть отведены на задний план и в первую очередь будут приниматься социальные показания.

Д-р Сорокин, отвечая д-ру Мануйлову, говорит, что классификаций ТВС много и в виду его резкой критики положений комиссии, просит Мануйлова предложить свою классификацию.

Д-р Мануйлов, возражая, говорит, что его неправильно поняли.

Д-р Пентман, не удовлетворяясь раз‘яснением д-ра Мануйлова, говорит, что докладчица не раз подчеркивала, что комиссия дала только необходимый минимум. Болезнь вообще, а ТВС в особенности, не математика и требовать у комиссии курса диагностики О-во не хотело.

Д-р Островский П. Л. предлагает прекратить прения. Предложение принимается.

Д-р Шершевский И. вносит предложение добавить к положениям комиссии пожелания о предоставления права курортным врачам продлить срок лечения в тех случаях, когда констатируется несомненное улучшение и прекращение лечения может свести на нет достигнутое улучшение.

Д-р Билль, проф. Зарницын, проф. Рязанов и Кузнецов поддерживают предложение, отмечают, что этим болеют курортные врачи, как только больной начинает поправляться, так уже телеграмма с вызовом; отмечают, что куротные врачи на практике прибегали к задержке больных, тем более, что на второй сезон всегда меньше больных. Учреждения, например Липздрав, в прошлый сезон допускали такие задержки.

Предложение д-ра Шершевского принимается, при чем постановлено положения, вместе, с добавлением, размножить и разослать.

Д-р **Билль** предлагает при отправке на курорты платных придерживаться тех же положений и классификации. Предложение принимается.

Д-р **Мануйлов** по личному мотиву заявляет, что он не просил курс диагностики, знает, что медицина не математика. Доводы **Пентмана** для него неубедительны. Все-таки он уверен, что больные, поступающие из амбулаторий, представят отборочной комиссии затруднения при классификации.

6. Проф. **Зарницын**—«Клиника заболеваний почек по современным научным данным».

За 97 лет со времени опубликования Bright'ом главнейших клинических признаков нефрита, накопилось много нового из физиологии, патологической анатомии и клиники почечных заболеваний. Развернулась обширная глава функциональных страданий почек. Появились новые классификации. Удовлетворение одних возможность выяснения почечных заболеваний—Клемперер, отчаяние других потому же поводу—Яновский заставляет ближе познакомиться с болезнями почек, согласно данных последнего времени. На фоне прежней литературы по почкам, где фигурируют: Noorden, Romberg, Widal, Castaigne, Brault, Wolgard, Zar, Schlaier, Eppingor, **Явейн, Яновский, Зимницкий** и много других. Выделяется содружественная работа клинициста Wolgard'a и патологоанатома Zar'a, обоснованная на огромном научном материале. В этой работе авторам удалось по многим вопросам этой области примирить противоречения клиницистов и патологоанатомов. Из вновь появившихся классификаций: Wolgard и Zar выдвигают дегенеративные процессы—нефрозы, воспалительные—нефриты и артериосклеротические почки. Brault делит нефриты на , острые гломерулонефриты и хронические. Noorden на васкулярные тубулярные (хлоремические) и азотомические. Castaigne на гидропиченные, уремические, гипертензивные и альбуминозные. Прежде чем примыкать к той или иной классификации, необходимо познакомиться с физиологией почек. Смутный вопрос относительно роли мальпигиевых клубочков и мочевых канальцев в выделении тех или других составных частей мочи за последнее время выявляется более определенно. **Вода** выделяется мельпигиевыми клубочками, заболевание канальцев не препятствует выделению воды. Это не процесс фильтрации и при малом кровяном давлении продолжается отделение воды. Разжижение крови вызывает диурез даже при пониженном кровяном давлении в силу специфического мочегонного действия воды на эпителий мальпигиевых клубочков. **Мочевина** выделяется М. клубочками. Азотемическая уремия в результате поражение клубочков. Мочегонное действие мочевины па эпителии клубочков пропорционально количеству выведенной мочевины. При сухоедении выделяется за сутки 500 к. с. мочи для выведения 25,0 мочевины, большая концентрация которой в моче 5%. При болезни клубочков способность выделить концентрированную мочу пропадает и наступа . полиурия—результат мочегонного действия находящейся в крови в избытке мочевины.

Сахар выделяется эпителием М. клубочков; при поражении их сахар выделяется плохо. При большом количестве сахара в крови происходит обострение процесса в клубочках. Сахар тоже влияет мочегонно на эпителий клубочков. **Хлориды** выделяются мочевыми канальцами. При кормлении соленой пищей собак, регрессивные изменения в эпителии канальцев (Levi) обострение процесса Zombardi мочегонного действия NaCl не проявляет. От прибавления 10—20 гр. NaCl увеличивается вес и отек. **Белок** преимущественно выделяетя эпителием мочевых канальцев. При нефритах белка очень мало. При поражении канальцев—нефрозах очень большое количество. **Мочевая кислота**, продукт пуриновых оснований, выделяется исключительно эпителием мочевых канальцев, а не встречается в эпителии клубочков.

По расстройству в выделении тех или других веществ представляется возможным судить о поражении одного из этих двух основных аппаратов почек.

Общие симптомы патологии почек, по которым мы судим об их болезни: белок, цилиндры, эритроциты, лейкоциты в моче; явления отека, уремия; расстройство в выделении NaCl, расстройство в кровяном давлении, гипертрофия сердца. Изменения функциональные в почках являются показателями их в патологии и некоторые из них к последнему времени обследованы основательно и широко. При беглом рассмотрении каждого из этих симптомов видим:

Альбуминурия физиологическая:—после упражнений, утомления, холодных ванн—всего, что влечет временное нарушение кровообращения в почках. Ортостатическая, когда белок исчезает при лежании. Циклическая, когда белок появляется часа на 4—5. Последняя стоит в связи с кишечником и особенностями нервной системы. Небольшое количество белка бывает и при отсутствии поражения почечной паренхимы. Только количество белка свыше 3% указывает на существование нефроза или нефрита. При артериосклеротических почках белок часто отсутствует, при нефритах его мало, при нефрозах много. Ложная альбуминурия, когда вследствие присутствия гноя и крови часть белка последних переходит в мочу. Тогда количество белка не должно превышать 1%, если в одном к. мм. имеется 50000 шариков. Большое количество % белка будет указывать на истинную альбуминурию.

Цилиндры: гиалиновые - только значительное количество их заставляет предполагать о том или ином поражении почек. Зернистые цилиндры—показатель заболевания почечной паренхимы. Восковидные—характерны для тяжелых нефрозов и хронических нефрозо-нефритов. Эритроциты—при острых гломерулонефритах часто их много до гематурии. Почечный эпителий—присутствие его чаще всего указывает на нефроз-заболевание мочевых канальцев.

Гнойные шарики—единичные и при здоровых почках. В большем количестве и в виде цилиндров при нефрозо-нефритах и нефритах.

О т е к—гломерулонефриты и артериосклеротические обыкновенно без отеков. Отек есть признак нефроза и нефроза-нефрита. При почечном отеке кровь не гидремична. Способность почек выводить воду сохранена. По Видалю и Явейну вода не достигает почек, задерживаясь в полостях и тканях, вследствие недостаточного выделения NaCl эпителием мочевых канальцев.

Уремия.—Азотемическая, когда на 100 куб. с. крови мочевины вместо нормального 15—50 м. гр. до 400 мгр. Когда нет увеличения количества продуктов азотистого обмена в крови—эклямптическая уремия или по Видалю хлоремическая. Комбинированная форма уремии—азотемическо-эклямптическая. Но некоторые клинические симптомы патологии почек не находят себе соответствующего паталого-анатомического субстрата. И при несомненной патологии, мы находим нормальные мочеотделения. Между олигурией в начале и полиурии в конце болезни, перед нами выявляется нормурия в то время, как патология несомненна (Зимницкий).

Ни количество, ни качество патологических продуктов мочи не дают указаний на степень нарушения функциональной способности почек. Для выяснения последней вводились краски: иод, фуксин, розанилин, индигокармин, синька и другие.

Но не один из предполагаемых способов не был пригоден для определения функциональных способностей почек. Уротоксический коэффициент Bouchard'a и криоскопия не оправдали надежд. За последнее время выдвинуты на первый план способы выяснения работы почек по отклонениям в выделении главных нормальных составных частей мочи—воды, продуктов азотистого обмена и солей.

Проба с водой—на тощак дается выпить 1500 кс. и через 1 час, в течение 6 часов, собирается моча. Здоровая почка в течение 3-х часов выделяет все количество выпитой воды, она быстро справляется с новой задачей. Больная растягивает эту работу на долгое время, выявляется монотонность в выделении воды одинаковыми небольшими порциями—утомление почки. Таким путем удается установить степень приспособляемости почки к новым задачам и ее раздрожимость, утомление, функцию. При нормальном суточном количестве видим, как способность почек выводить в короткое время большое количество жидкости, пострадала.

Проба с водой дополняется пробой на способность выделять мочу высокого удельного веса пробой на концентрацию. С утра больной на сухомятке и в течение 8—24 часов не получает жидкости. Через два часа собирается моча. Нормально количество 2-х часовой порции колеблется между 40—50 кс., при чем удельный вес через 4—8 часов достигает 1035. При плохой способности вес 1014. Количество 2-х часовой порции 120,0. Удельный вес зависит главным образом от количества мочевины. Мочевина выделяется гломерулами, как и вода, то эти две пробы выясняют степень нарушения функций гломерул. При патологии сначала пропадает способность к концентрации. Полиурия в результате мочегонного действия от скопления в крови мочевины, вследствие неспособности почек у концентрации.

Выделение солей главным образом NaCl, как %, так, и суточное количество, уменьшается при заболевании эпителия мочевых канальцев. Для точного определения патологии прибавляют к суточному количеству 10—20 грам. NaCl при нормальных почках это количество выделяется в сутки при заболевании канальцев в 2—4 дня. Взвешивание указывает нам на ранние стадии этого страдания увеличением веса вследствие задержки воды, плохо выделяемыми из организма больными канальцами хлоридами. Повышенное кровяное давление и гипертрофия сердца при заболевании почек являются в результате замедленного выделения воды из крови, это симптом гломерулонефритов и артериосклертических почек, но не нефроза. При хронических нефритах, несмотря на полиурию, способность выводить воду почками все-таки понижена.

По классификации предлагаемой Volgard'ом Zar'ом, которой придерживался Явейн, на первом плане стоят нефрозы, при них разлитое дегенеративное поражение эпителия мочевых канальцев. Воспалительный процесс здесь с достоверностью не может быть установлен. Первый период нефроза:—небольшая альбуминурия немного гиалиновых и зернистых цилиндров, уменьшение выделения NaCl. Почти при всякой тяжелой инфекции. Здесь лишь мутное набухание почечного эпителия. Быстро проходит.

Второй период нефроза—с отеками. Слабость, бледность покровов, отек, начинающийся с лица, трансудат в серозных полостях. Большое количество белка в моче. Количество мочи уменьшено до 200 куб. сан. Замедление выделения NaCl—вместо 15,0 суточного приходится до 3,0. Большие отеки. Азотистые продукты обмена выделяются хорошо. Нет гипертонии, нет гипертрофии сердца. Белок, отеки, количество мочи задержка хлоридами воды, вследствие заболевания канальцев, выделяющих эти вещества. Добавочное количество NaCl увеличивает отеки и количество белка.

Третий период—без отеков, трансудатов. Значительная альбуминурия. Количество мочи и удельный вес норма, в осадке все виды цилиндров, способность к выделению NaCl плохая. Больные худеют, слабеют.

Четвертый период сморщенная почка. Полиурия, потеря концентрации—уд. вес до 1013. Плохо выделяется NaCI.

Нефроз редко смертелен, порой переходит в хроническую форму. Нефроки чувствительны к препаратам из дегтя—креозот, гваякол и пр. При лечении—сухоядение, дехлорированная диэта. На сутки NaCl не более 2—3,0. Молочная диэта дает более NaCl чем что выводится нефротиками—увеличивает отеки. Молока не более 2—4 стаканов. Яиц давать много, но без соли, т. к. азот выделяется хорошо. Мочегонное лишнее, т. к. способность выделения воды сохранена. Горячие ванны с потением. Порой к нефрозу присоединяется амилоид сосудов почек—при этом проба на выделение воды и концентрацию резко понижается, появляется огромное количество гиалиновых цилиндров —**нефроз с амилоидом.**

При отравлениях сулемой, крепкими кислотами и т. д. наступает некроз эпителия канальцев—некротизир—нефрозы. Олигурия до анурии и по большей части в тяжелых случаях смертельный исход.

При легких отравлениях может быть полное restitutio adintegram.

Острые нефриты—гломерулонефриты и нефрозо-нефриты. Острое разлитое поражение гломерул. Если разлитое поражение эпителия канальцев, то нефрозо-нефрит. Тогда присоединяется отек—признак нефроза. Для нефритов характерно повышение кровяного давления до 200 мм. Увеличение размеров сердца слева, малое количество белка—до 1 ‰, кровь в моче, уменьшение количества мочи до 200 кс. В большинстве случаев задержка азота. При улучшении болезненного процесса проба с водой и концентрацией выпадают хорошо—контроль над течением. Осложнение-эклямптическая уремия. Характерно для развития острых нефритов их позднее появление вслед за инфекционными болезнями в период процессов иммунизации.

При лечении—постельное содержание. При таком, из 71 случаев, леченных Volgard'ом, лишь 3 перешли в хроническую форму—другие выздоровели. Горячие ванны, суховоздушные. Диэта: небольшое количество жидкости и небольшими порциями. Молоко не более 2—4 стаканов, т. к. в нем много воды, белков и солей. Вода и азот выделяются плохо, а хл. натрий увеличивает жажду. Больше углеводов и жиров. Яйца лишь в период улучшения нефрита.

При нефрозо-нефритиков Schur рекомендует с успехом применяемый тиреоидин 0,3—0,6 в день.

Хронический нефрит и нефрозо-нефрит—делится по степени нарушения функциональной способности: на А—нефрит и нефрозо-нефрит, с достаточной функцией почек и Б—нефрозо-нефрит с недостаточной функцией почек.

Хронический нефрит и нефрозо-нефрит, с достаточной функцией почек.—Самочувствие хорошее, моча до 2000 кс. Белка не более 1%. Нефрит без отеков (нефрозо-нефрит с отеком, белок до 15 %). Гипертрофия левого желудочка, повышение кровяного давления до 250 мм. Неспособность к концентрации. Моча максимум с 2,1 % мочевины. Недостает % азота в моче. Компенсируется усиленным диурезом. Моча ежечасно выделяется в большом количестве малого удельного веса. Количество мочи максимальное, согласно сохранившейся способности уцелевших клубочков, работающих по мере сил. Ни сухоядение, ни акты воды не меняет тона мочеотделения—диурез «остаточной почки».

Болезнь неизлечимая. Прогрессирует и переходит в период с недостаточной функцией почек.

Хронический нефрит и нефрозо-нефрит с недостаточной функцией почек—при них полная потеря способности к концентрации и значительное понижение способности выделять воду. Азот уж не выделяется усиленным диурезом, накопляется в крови и больные гибнут от азотемической уремии. Запрещается

введение белков даже в виде растительной пищи с большим содержением т
вых: горох, бобы, чечевица, т. к. главный симптом недостаточное выделе
продуктов азот—обмена.

Очаговый гломеруло-нефрит—вызываемый бактерийной инфекцией, ч
ангиной. Кровь в моче, отсутствие повышения кровяного давления. Прох
быстро, обыкновенно вместе с ангиной.

Артериосклеротические почки.

Первичный склероз почечных сосудов или доброкачественная гипе
ния. Склероз почечных сосудов встречается чаще склероза других сосудов
этиологии отмечается чаще всего атония кишечника с интоксикацией (
и другие моменты, вызывающие артериосклероз.

Главный симптом—высокое кровяное давление до 400 мм. Гипертро
левого желудочка, ощущение сердца, замирание, перебои. Спазмы в периф
ческих сосудах (головокружение, хромота, временно отнимается язык, р
ноги). Диффузное расширение аорты—ложная аневризма. Моча почти нормал
Количество порой достигает до 5000. Концентрация до 1030. Но почки 1
кс. выделяют вместо 3 часов в течение 6-10 часов. Припадки удушья по
чам—в результате сохранившейся деятельности крови при ослабевшем л
желудочке.

Лечение. Умеренность в пище и питье. Качество пищи существен
роли не играет—хлористый натр и азот выделяются хорошо. Правильное
правление кишечника. В течение недели два голодных дня (4 стакана на де
Сухоедение, препараты иода, щитовидножелезы.

Склероз почечных сосудов плюс нефрит или злокачественная гиперто
—Симптом ранний neuroretinit albuminur. Кровяные шарики в моче. Белон
4 %. Способность к концентрации сохранена, мочи мало, далее пропадает
концентрация. Симптомы различны, смотря по тому, что превалирует: скле
или нефрит. Симптомы сердечной слабости переплетаются с явлениями азоте
ческой уремии. Больные погибают через 2—6 месяцев, редко живут до 2-х
т. к. болезнь неумолимо прогрессирует. И в настоящее время еще мн
остается неясным в патологии почек, особенно, когда проявляются комбин
ванные формы.

Докладчиком были пред'явлены таблицы проб. кривые выделения моч
таблица сопоставления заболеваний почек по разным классифркациям с
значением дифференцировочных симптомов.

В виду того, что доклад информационный, прений не будет, а тол
вопросы.

Д-р Пентман 1) за последние годы часто слышишь «нефрозо-нефр
Терминология не совсем ясна и просьба осветить, 2) о склерозе почеч
артерий, касается ли это всех сосудов или особенных, 3) о воспалитель
явлениях гломерулонефритах.

Проф. Борман отмечает, 1) что мало внимания уделено нервной сис
—гемоaccording ренальный рефлекс 2) каков взгляд современной науки на хирург
ское лечение—гломерулонефрита. Обдирание почки и 3) загадочное забо
вание.

Д-р Бабаев—отмечает паралеллизм в старой и новой терминологии.

Д-р Сорокин—принималась-ли во внимание окружающая t° и t° вод
кривых на первой таблице.

Д-р **Мануйлов** – 1) докладчик один раз назвал нефрозы не воспалительное ...ение, а в другой назвал нефрозы воспалительными, 2) не понятна номенклатура нефроз-нефрит и нет ли тут аналогии невроз-неврит, 3) какой срок ...нимается во внимание при одномоментном исследовании нормальной почки.

Д-р **Шершевский**—Есть ли об'яснение фактам при первой стадии неф...—имеется белок и отек, в 3-ей стадии только белок, а отек исчезает.

Проф. **Зарницын**, отвечая д-ру **Шершевскому**, говорит, что сохранив...ся мальпигиевы клубочки справляются с отеком. На все остальные вопросы ...ладчик предлагает обратиться к перечисленным в докладе авторам.

Д-р **Пентман**, не удовлетворяясь ответом проф. **Зарницына**, предлагает дать ответ на все вопросы на следующем заседании. Предложение принимается ...говоркой, если проф. **Зарницын** пожелает дать ответы.

За Председателя О-ва **Пентман**.

Секретарь **Либгот**.

ПРОТОКОЛ

...едания Омского Медицинского Общества от 22 апреля 1924 г.

Присутствовало 30 членов О-ва и 69 гостей.

Председатель проф. **Рязанов**, Секретарь **Либгот**.

1. Д-р **Гесселевич** демонстрирует больного с неврофиброматозом.

Проф. **Берман** отмечает связь данного заболевания со Spinabifida, Colo...gali'ей и с заболеваниями желудка.

Д-р **Гесселевич** отвечает, что подозревать Colomegali'ю можно, как и мно... другое, т. к. больной представляет интерес по множеству пороков раз...ия.

2. Д-р **Пентман** докладывает «о случае смерти от острого приступа ...лярии».

Докладчик сообщает о патолого-анатомических и патолого-гистологических ...ледованиях, произведенных им у мальчика 10 лет, умершего во время при...па малярии. Мальчик впервые заболел малярией осенью 1923 года: после ...него перерыва пароксизмы возобновились в марте 1924 г. Хинина больной ...получал, умер во время 3-го приступа. Аутопсия произведена через 4 часа ...ле смерти. **Макроскопически** установлена типичная малярийная серобурая ...аска мозговой ткани, кожи, селезенки; других существенных изменений не ...о. **Микроскопически**.—Найдено обилие плазмодий tertiana в густых каплях ...смеси мозговой ткани с кровью из мозга. Кроме того, почти во всех орга... найдены плазмодии в мельчайших сосудах. Плазмодии все зрелые с оби...м пигмента; малярийных меланин отдельно найдено в ретикулярной ткани ...езенки и в купферовских клетках печени. Особенно резкие изменения, однако ...дены в мозговой ткани: периваскулярные накопления глиозных клеток, ...тами кольцевые геморрагии, вакуолизация ганглиозных клеток, нейроно...ия и т. п. Гранулем которые считает специфическими для малярии, ...ладчик не нашел, однако учитывая, что они иногда встречаются в очень ...ом количестве, докладчик предполагает искать их в сериях. Явления в

мозгу докладчик считает причиной смерти, толкуя их, как воспалительны состоящие в альтерации и пролиферации. Механический момент тромбозирован сосудов плазмодиями в этом случае не играл роли; может быть значение мех нических причин для об'яснения смерти от Coma malaricum вообще преу личено. Воспалительные же явления, т. е. энцефалит, очевидно вызван мал рийным токсином, а не хинином, ибо не хинин, ни других лекарств больн не получал.

Проф. Кучинский обращает внимание на особое значение этого случа т. к. смерть произошла несомненно от tertianae. До сих пор многие, недав все думали, что малярия не может вызвать интоксикационных явлений. Пр фессор имел возможность несколько лет назад вскрыть умершего от троп ческой малярии и наблюдал точечные кровоизлияния, каковые мы видели н данном случае. Он только затрудняется, чему это приписать,—хинину, котор лечили покойного, или токсину—плазмодий.

3. Проф. Кучинский—докладывает о своих Омских исследованиях об эти логии сыпного тифа. Спачала был сделан обзор вопроса о сыпном тифе и кра кое описание исследования с «Riczettsi'ами» и изучение над «Proteus'ом». Да докладчик знакомит с культурами, полученными из крови больных; данн вполне соответствуют предыдущим культурам из мозга морских свинок. Редк случай успеха об'ясняется пониженной заразительностью больных, что вид при исследовании их вшей, а также из экспериментальных исследований инф цированных вшей. Из инфицированных вшей удалось во всех 100% соотв ственно содержанию «Riczettsi» получить одинаковые культуры. Культурная серологическая ценность этих культур приближается к « » бацилла однако, они далеко не одинаковы. Они относятся к ним, как инфекция к с профитам. Выводы: а) сыпной тиф теперь не то, что раньше, б) опыты вшами говорят, что теперешний возбудитель имеет особенное свойство, в) э противоречие об'ясняется тем, что несколько лет тому назад сильнее инфекц , и распространяемость, а теперь наоборот, г) этиологии сыпного ти дана более прочная основа, а дальнейшее детали. Подробная работа про Кучинского, Э. Брант и I. Мажбича будет напечатана в «Deutsche Medizinisc Wochenschrift».

Д-р Вульпе, отмечая громадный интерес работы, указывает, что и русск работы касались затронутых вопросов и после доклада остаются неразреше ными вопросы. Описанные микроорганизмы и раньше были описаны и про об'единены в одну цепь. Автором не учитана иммуность. Что сыпной тиф тот, уже отмечалось и другими авторами, например, проф. Флеров.

Проф. Кучинский, что Вульпе неправильно его понял. Проф. только останавливался на деталях и отсылает к своим нескольким работам, где подробн освещены все затронутые д-ром Вульпе вопросы. Значение микроорганизм профессор не отрицает, а подчеркивает, но главная роль в слабой вирулентност

Заседание закрывается.

За Председателя Пентман.

Секретарь Либгот.

ПРОТОКОЛ

заседание Медицинского Общества от 2-го мая 1924 гооа.

Присутствовало 27 членов Общества и 55 гостей.

Председательствует д-р Пентман, Секретарь Либгот.

---

1. Зачитаны и утверждены протоколы заседаний Общества от 11-го апреля и 22 апреля с. г.

2. Д-р **Чуловский К. И.** докладывает: «К клинике множественного эхинококка». Выводы доклада: 1) множественный эхинококк заболевание редкое; 2) диагностика эхинококка в ранней стадии болезни затруднительна; 3) шум дрожжания гидатид важный диагностический признак, наблюдаемый при кистах, наполненных дочерними пузырями; 4) различная высота тона шума дрожжания гидатид дает возможность в некоторых случаях поставить диагноз множественного эхинококка; 5) при кистах, наполненных только жидкостью, шума дрожжания гидатид не встречается; 6) заливание вазелином ускоряет выполнение полости эхинококкового пузыря в послеоперационном периоде.

Д-р **Сорокин**—при исследовании крови на эозинофилию и при получении положительных результатов, считалось ли это окончательным показанием для эхинококка, или производилось ли исследование на ленточных глист?

Д-р **Пентман**—производились ли серологические исследования и наблюдал ли докладчик многокамерный эхинококк?

Д-р **Разумков**—как часто удавалось наблюдать признак шума дрожжания гидатид?

Д-р **Пулькес**—какова этиология данного заболевания?

Д-р **Ласкев**—каковы надежды на рентген при диагностике эхинококка?

Д-р **Чуловский** отвечает, что специально кал не исследовался, а в первых случаях и кровь не исследовалась. Серологические исследования было невозможно производить. Некоторые авторы на большом материале не наблюдали ни разу шума дрожжания гидатид, другие в 5%—6% случаев, а автору посчастливилось наблюдать его в почти половине случаев. Многокамерный эхинококк автор не наблюдал. Этиология в первом случае обсеменение операционного поля, во втором и третьем общение с собаками.

Рентгеновские снимки дают хорошие результаты в грудной области на костях; в брюшной области последнее время применяется пневмоперитонеум.

Д-р **Бакин**—не применяет ли клиника новый способ лечения эхинококка: по обнажении пузыря, до вскрытия его пузырь стерилизуется раствором формалина, через 10 минут пузырь вскрывается, очищается, затем протирается марлей в формалине и рана зашивается наглухо. Лечение радикальное и идеальное.

Профессор **Борман** отмечает, что ему очень редко удавалось слышать шум дрожжания гидатид и впервые здесь в клинике. Способ, приведенный **Бакиным** не нов. Подобный способ был раньше предложен **Бобровым**, а способ **Разумовского** имеет даже преимущества. Докладчиком упущено описание исследования вылущенной железы в последнем случае.

Д-р **Бакин** отмечает часто встречающееся раннее желчеотделение.

Д-р **Пентман** напоминает, что в Сибири многокамерный эхинококк встречается чаще, чем где либо. Его можно спутать с актиномикозом. Желательно,

когда при лапаротомии встречается не оперативная опухоль печени, делать пробные эксцизии.

Д-р Чуловский умышленно не останавливался в докладе на способах оперирования, думая, что это не представит интереса. Способ, описанный Бакиным, не нов, нова жидкость. Этот способ опаснее чем открытое лечение раны. Для ускорения лечения рекомендуют резецирование части стенки кисты. Раньше вводили физиологический раствор, иодоформенную эмульсию, теперь заменили формалином. О вылущенной железе не доложено, т. к. исследование еще производится. Что касается желчеотделения, в первый же день докладчик никогда не наблюдал, а только на 3-й 4-й дни, разве только при повреждении во время операции желчных путей. Больного с подозрением на многокамерный эхинококк действительно наблюдали, но больной уехал до операции и диагноз не был проверен. Пробные эксцизии всегда делаются, если операция почему либо не может быть закончена.

3. Д-р Бакин—докладывает о новом принципе при резекции желудка по Бильроту I. Более широкие показания к производству операции резекции при ulc. ventr, и ulcduodeni заставили хирургов в настоящее время обратить особое внимание на методику оперирования, считаясь в то же время и с физиологичностью того или иного применяемого способа. Из существующих способов резекции желудка, способы Б. I, Б. II и способы Кохера. Способ Кохера и по сие время не получил достаточно широкого распространения, способы же Б. I, Б. II все время конкурировали и продолжают конкурировать между собой и в настоящее время. Литературные данные последнего времени позволяют вывести заключение, что способ Б I все больше и больше начинает привлекать к себе внимание хирургов (Hoberer, Rydieger) действительно кроме своей наибольшей физиологичности, способ Б. I имеет то преимущество, что при нем представляется возможным соединить одного порядка ткани, имеющие генетическое единство. Но слабым пунктом в этой операции всегда было и есть непрочность места соединения глухого шва желудка с циркулярным швом, соединяющим желудок с 12-ти перстной кишкой. Эта слабость только что указанные места соединения плюс имеющееся всегда несоответствие просветов в обоих соединяющихся системах, привели Goepel'я к мысли пересаживать культю 12-ти перстной кишки в разрез желудка так, чтобы этот последний своими разными частями желудочной стенки охватывал бы культю 12-ти перстной кишки на подобие манжетки. По этому способу Goepel оперировал сотни случаев и каких либо неприятных осложнений он не наблюдал. В хирургической больнице по этому способу было произведено 8 операций. Диагностический материал распределялся следующим образом: Cancer ventriculi 2 сл., Ulc. ventr., Ulc. duodeni 1 сл., Dilatatio ventriculi 1 сл., Ulc. duodeni (?) и гипертония желудка—1 случай. Все 8 операций протекли благополучно. Не было ни одного случая смерти. Послеоперационный период, несмотря на кажущуюся травматичность операции, протекал во всех случаях, за исключением одного, легче, чем после операций gastroenterostomiae. В виду значительного уклона хирургов в последнее время в сторону операций резекции pylori et antrum pylori не только при язвах сидящих в этой области, но и при язвах отдаленных от привратника, как в сторону cardiae, так и в сторону duodenum,—способу Б. I предстоит большое будущее в особенности в модификации Goepel'я, которая обладая всеми преимуществами способа Б. I, не имеет в то же самое время ни одного недостатка этого способа.

Студент Масленников—сколько нитроглицерина и в каком растворе давал докладчик своим больным.

Д-р Чуловский—какие были показания к резекции в последнем случае, приведенном докладчиком.

Профессор Борман—были ли, вообще показания какой лбио другой операции.

Д-р Бакин—назначалось нитроглицерина 0,02 на 150 Aqu. destill. через час по столовой ложке. Последний случай действительно не совсем ясен. Рентген дал гипертонию желудка и подозрение на ulcus. В хирургической больнице производится игастроэнторостомия, но в данном случае, с точки зрения нашей больницы, были показания к операции резекции.

Проф. Барман—не дорого ли обошлось лечение.

Д-р Чуловский утверждает, что в России большинство хирургов за гастроэнторостомию, а не резекцию и даже резекционисты теперь склоняются к гастроэнторостомии.

Д-р Бакин—кажущаяся недостаточная обоснованность показаний к операции резекции происходит из того, что мы отстали от наших западных соседей—немецких хирургов, которые, на основании последних литературных данных, благодаря большому экспериментальному опыту, рентгеноскопии и наблюдениям над больными, считают, что резекция pylori et antrum pylori являются показанной, как паллиативная операция, при язвах, отдаленных от привратника.

4. Д-р Беньяминович—«Опыт применения препаратов висмута в терапии сифилиса». (Из кожно-венерической клиники Западного Сибирского Мединститута). Первые сообщения по висмутовой терапии принадлежат Левадити и Созерак (21—22 год). За последние два года литература значительно обогатилась сообщениями по висмутовой терапии. Особенно ратуют за висмут французские авторы. Много работ написано на немецком языке. Здесь фигурируют Мюллер, Пинкус, Герксгемейер и другие. Русская печать также багата оригинальными статьями и рефератами. Требования, пред'являемые ко всем противосифилитическим средствам,-следующие: 1) быстрое действие на клиническое проявление сифилиса, 2) быстрое уничтожение возбудителя сифилиса, 3) быстрый перевод положительной реакции Вассермана в отрицательную, 4) стойкое излечение сифилиса и 5) дешевизна препарата. С точки зрения этих требований, докладчик разбирает некоторых заграничных и русских авторов и обнаруживает значительное расхождение во взглядах по всем перечисленным пунктам. Так, по работам Кисличено (23 г.) с препаратом Бисмугеноль способность рассасывать сифилитические проявления и в особенности склерадениты, весьма ограничены. Реакция Вассермана, в 15 случаях из 22, сохранила после лечения свою положительную фазу. По Брычеву наоборот, реакция Вассермана хорошо уступает препаратам висмута. Побочное действие, наблюдаемое при применении висмута, бывает часто весьма серьезное и сообщения об этом значительно умерили восхищение препаратами висмута впоследствии. Из побочных действий следует отметить: висмутовая каемка особенно верхних резцов, гингивиты и стоматиты, иногда язвенные инфильтраты, в место уколов, боли, повышение температуры, нервное расстройство, сыпи и даже воспаление глазного нерва, особенно важно отметить действие висмута на почки. Под влиянием висмута, происходит десквамация эпителия в извитых канальцах и выделение его в большом количестве (эпителурия); эти явления наступают внезапно и без отеков и белка в моче. Штрассер и Коллерт наблюдали эти явления в 27 случаях из 39. Кроме того, описывают случаи смерти, случаи висмутоупорные и наконец, препараты висмута оказывают вредное действие на кровь, уменьшая количество гемоглабина и эритроцитов. В своих опытах с препаратом висмута

докладчиком применялись аппараты: Бисмукороль, Спиробисмоль и 540 Д. Лечению подверглось 14 больных, из них люэс I—4 случая, люэс II—9 случаев, люэс III—1 случай. Все здоровы в возрасте от 19—24 лет. Препараты в большинстве переносились безболезненно. В 3-х случаях наблюдались боли и инфильтраты в ягодицах. Гингивиты отмечены 3 раза, в одном случае с расшатыванием зубов. В наблюдениях над твердой язвой отмечено, что очищения язвы и ее эпитализация наступали весьма медленно, в одном случае после 30 дней лечения, полного же рассасывания не отмечено ни разу. Розеола в опытах докладчика начинала бледнеть лишь после 2-х недель лечения. Папулы после 20—21—23 дней лечения сохранялись почти без перемен. Ни в одном случае не отмечено уменьшение склераденитов и степень их твердости после лечения. Реакция Вассермана, поставленная в 9-ти случаях, сохранилась положительной и после лечения. По окончании наблюдений с терапией висмута лечение почти всех больных было продолжено обычным, комбинированным способом.

В заключение докладчик делает вывод, что все проявления сифилиса исчезают от ртутно-сальварсанного способа несравненно скорее, чем при терапии висмутом. Комбинированными способами принято лечить сифилис абортивно в первичном и вторичном периодах. Описано много случаев реинфекции, свидетельствующих об излечении прежнего сифилиса. При висмутовой терапии описаний реинфекции еще не имеется. Ненадежность висмутовой терапии для стерилизации организма, реально выявляется уже при недостаточной способности делать реакцию Вассермана отрицательной и не достаточного влияния на рассасывание склераденитов. Некоторые авторы восторженно отзываются о висмутотерапии и ставят висмут между ртутью и сальварсаном или даже наравне с сальварсаном. Однако, до сих пор еще нет такого препарата висмута, который завоевал себе прочное место в практике сифилидологов. Об этом свидетельствуют те многочисленные препараты висмута, выброшенные фирмами на рынок и забракованные опытом.

Зубной врач Куперштох—какие явления развиваются во рту при лечения висмутом, сравнительно с явлениями висмута и каковы мероприятия.

Д-р **Шершевский**—в какое время рассасывается склероз при лечении висмутом.

Д-р **Пентман**—учитывал различное отношение к висмуту какие показания для замены висмутом ртути, особенно если стоматиты такие же.

Д-р **Беньяминович**—во рту те же явления и мероприятия те же, что и при лечении ртутью. Скорость рассасывания зависит от величины склероза. Клиника не отстаивает висмутовое лечение, а проводит параллельные наблюдения и эти наблюдения заставляют скептически относиться к висмуту, а предпочесть комбинированное лечение. Некоторые авторы видят неудачу лечения висмутом в неправильной дозировке.

Председатель **И. Шершевский.**

Секретарь **Либгот.**

ПРОТОКОЛ

заседания Медицинского Общества от 6-го мая 1924 года.

Присутствуют 17 членов О-ва и 46 гостей.

Председательствует Шершевский, Секретарь Бакин.

---

1. Оглашается и утверждается протокол заседания О-ва от 2-го мая.

2. Д-р Раева докладывает о случае рака желудка и надпочечников. В диагностической клинике в 1924 г. наблюдался случай рака желудка и надпочечников. Больной Максимов поступил в клинику 27 марта с. г., пробыл в ней до 2-го апреля, когда и умер. При жизни наблюдались следующие явления: опухоль в верхней части живота, относящаяся к печени и желудку, сильная мышечная слабость, атрофия мускулатуры, падение кровеносного давления до 50 мм. ртутного столба по Riva - Rocci. Увеличение лимфатических желез. Пигментация кожи, сегментированная, серо-грязная и симметричная на крестце и ягодицах, переходящая в сплошную. В клинике был поставлен диагноз опухоль желудка и печени с метастазами в надпочечники. Вид опухоли не был установлен. На вскрытии установлен рак препилоротической части желудка, рак ретроперитонеальных и мезентериальных желез, поражение раковыми метастазами желез вдоль нижней полой вены и грудного протока, поражение раком мозгового и коркового слоя обоих подпочечников. При гистологическом исследовании рак отнесен к виду рак-мозговик. Ошибкой клиники являлось принятие опухоли препилоротической части желудка за опухоль печени. Оправданием является спаянность опухоли с брюшиной и передней брюшной стенкой. Настоящий случай относится к первичному раку желудка с метастазами в лимфатические железы и надпочечники, поражение которых присоединило и явления раковой кахексии и мышечной системы, ясно выраженные симптомы Адиссоновой болезни.

Д-р **Пентман**—была-ли эозинофилия?

Д-р **Гиммельман**—спустя сколько времени после обнаружения опухоли желудка появилась пигментация кожи.

Д-р **Островский А. Л.**—была-ли пигментация на слизистой оболочке полости рта.

Д-р **Бакин**—каковы результаты патолого-гистологического исследования удаленной железы.

Д-р **Пентман**—были-ли расстройства со стороны психики?

Проф. **Рязанов**—правильно-ли озаглавлено настоящее сообщение «рак желудка и надпочечников» или лучше было озаглавить Адиссонова болезнь?

Д-р **Пентман**—с точки зрения клинической, на основании имеющихся симптомов (астения, кровяное давление, пигментация), что препятствовало поставить диагноз Адиссоновой болезни?

Д-р **Шершевский**—50 мм. давления считать максимальным или минимальным?

Д-р **Гиммельман**—какие основания считать рак желудка первичным поражением и рак надпочечников вторичным и 2) подвергался ли больной до поступления в клинику какому-либо лечению?

Д-р **Раева**—эозинофилии в крови не было. Заболел 6 месяцев тому назад (до поступления в клинику), 3 месяца находился в постели. Через 3 месяца

после начала заболевания заметил опухоль. Слизистая полости рта не была пигментирована. Результат   рак-мозговик. Психика нормальна. Отсутствие пигментации слизистой полости рта, а также некоторая необычность в распространении пигментации по телу препятствовали поставить диагноз Адиссоновой болезни. 50 мм. давление максимальное. Лечению сердца не подвергался. На основании всех данных течения болезни, т. к. симптомы Адиссоновой болезни появились позднее, первично пораженным следует считать желудок.

Проф. **Рязанов**—останавливается подробно на Адиссоновой болезни, разбирает данный случай и излагает течение мысли в дифференциально-диагностическом отношении (melanosarcoma) отмечает редкость канкроидного поражения надпочечников. За его 30 лет врачебной деятельности видит подобный случай в первый раз.

Д-р **Бабаев**—озаглавлен доклад правильно. Адиссоновой болезни, как таковой, не было. Адиссонизм безусловно имел место. В смысле распространения по телу пигментации должна, повидимому, иметься связь с нервной системой.

Д-р **Пентман**—есть-ли Адиссонова болезнь вопрос лишь количественный, а не качественный. Приходится в данном случае сказать, что имеется типичная Адиссоновая болезнь, вызванная раком. Первично был поражен безусловно желудок, а затем метастически надпочечники, т. к. гистологическое исследование надпочечников дало рак-мозговик. Гипотетически о распространении пигментации на теле можно высказываться лишь следующим образом: т. к. хромотиновые клетки имеются и в паравертебральных ганглиях, то по мере их разрушения и по силе разрушения захватывался тот или иной пояс пигментации.

Д-р **Шершевский**—нельзя требовать, чтобы все симптомы Адиссоновой болезни всегда были на лицо, все же в данном случае была Адиссонова болезнь. Доминирующая роль остается за желудком.

Д-р **Раева**—в заключительном слове присоединяется к большинству высказавшихся, что в данном случае имелась безусловно Адиссонова болезнь.

3. Доклад **Ручкина**—«Анализ вод северных улиц г. Омска», за неявкой, докладчика, отменяется.

Председатель **И. Шершевский.**

Секретарь **Либгот.**

ПРОТОКОЛ

заседания Омского Медицинского Общества от 23 мая 1924 г.

Присутствовало 18 членов Общества и 50 гостей.

Председатель **И. М. Шершевский.**

Секретарь **Либгот.**

---

1. Д-р **Пентман** докладывает 1) «О случае многокамерного эхинококка печени». Эхинококк был найден у красноармейца 22-х лет, умершего в военном госпитале с диагнозом Pleuropneumonia. Вскрытие обнаружило: в правой плевральной полости зеленую, мутную жидкость с фибрином, сообщающуюся с печенью через отверстие в диафрагме. В печени на поддиафрагмальной поверхности лопнувшая альвеола, одна из многочисленных альвеол разной величины, образующих целый ряд узлов, занимающих большую часть правой доли и малую часть левой. Вокруг узлов разрастание соединительной ткани и остатки печеночной ткани. В альвеолах при разрезе студенистая масса. Вся печень окрашена в зеленовато желтый цвет. Гистологически стенки альвеол состоях из грануляционной и фиброзной ткани, с гигантскими клетками, окружающими хитиновые оболочки эхинококка. Крючков Scolex найти не удалось. Многие альвеолы находились очевидно в стенках желчных ходов. Вкратце, касаясь сущности распространения многокамерного эхинококка и истории его изучения, докладчик отмечает, что этот случай является, очевидно, восемнадцатым, из виденных или описанных в Сибри.

2. Он-же.—«Еще один случай смерти от малярии (разрыв селезенки). Девочка 12-13 лет (из патроната детей сифилитиков)». Внезапно умерла при высокой температуре. Вскрытие обнаружило haemoperitoneum без явлений воспаления брюшины вследствие разрыва очень увеличенной, совершенно дряблой селезенки аспидного цвета. Печень также увеличена и дымчато-аспидного цвета. В мазках из крови мозга обилие зрелых плазмодий tertianae. Гистологически обилие малярийного меланина в reticulum селезенки и в купферовских клетках печени. Ткани всех органов резко бледны. В мозгу дегенеративные и эксудативные явления отчасти хронические, повидимому, сифилитического характера, отчасти малярийного происхождения (на деталях докладчик не останавливается), т. к. считает эти изменения очень важными, требующими еще подробного изучения и освещения. В печени и миокардии и особенно в почках разрастание соединительной ткани сифилитического свойства. Докладчик отмечает, что в этом сообщении он останавливается только на разрыве малярийной селезенки, как непосредственной причины смерти, и приводит краткие литературные данные о разрыве селезенки, вообще и при малярии в частности.

Д-р **Копылов**—удалось ли докладчику установить срок от травмы до смерти ребенка.

Д-р **Сорокин**—1) можно ли судить по синяку, давно ли травма нанесена, 2) часто ли ruptura селезенки и когда чаще при recurrens или при malariae.

Д-р **Вульпе**—1) разрывы селезенки происходят при хронических селезенках или при остром ее набухании, 2) какая связь в состоянии капсулы с состоянием других тканей, 3) не имело-ли место для об'яснения разрыва не травма, а интерстициальный нефрит?

Преподаватель Ветинститута Бальзаминтов—удалось ли установить локализацию эхинококка?

Д-р. Пентман—времени нанесения травмы по анамнезу не удалось установить. Об'ективно—синяк указывает на свежесть, перетонита также не было, что говорит за то, что от травмы до смерти прошло 2—3 часа. При recurrens'е разрывы селезенки часты, но от обсцессов или инфарктов Ruptura, вообще в нормальной селезенке не встречается, при лейкемии часто, при других инфекционных заболеваниях не наблюдается. Вопреки сифилису—разрыв селезенки, так Lues должен был дать уплотнение капсулы. Малярия, в данном случае хроническая, но обостренная, а хроническая малярия дает плотную селезенку. Кровяное давление не увеличено и этим ни в коем случае нельзя об'яснить возможность разрыва. Нормальный человек, но больной малярией, не менее рискует подвергнуться ruptur'ы селезенки. О локолизации эхинококка, в виду того, что печень лежала 4 года без внимания, поэтому говорить о точных исследованиях не приходится.

3. Д-р Холопов.—«Изменения количества эритроцитов в крови после мышечных работ».

В феврале с. г. докладчик произвел измерения количества красных кровяных шариков у красноармейцев местных войсковых частей, участвовавших в лыжных состязаниях. При этом измерения производились до состязания и после таковых. До пробега было обследовано 116 кр-цев (по способу Thoma Zeiss'a) в различные сроки показанных докладчиком в таблицах. При этом в среднем у всех оказалось 4.915.000 красных кровяных шариков. У 2-х суб'ектов оказалось у одного 1.888.000, а у другого 2.560.000 красных кровяных шариков. В виду незначительности этих цыфр, докладчик выводит их в особую группу, не исключая возможности технической ошибки или тяжелой формы анемии. Далее докладчик располагает свой материал по возрасту и по роду оружия. Получаются различные цифры, показанные в таблицах. Подробно описаны условия пробегов, приняты во внимание дневной режим, паек, вес обмундирования, количество пробегаемых верст и метеорологические условия. Докладчик выражает сожаление в том, что по независящим от него обстоятельствам произвести обследование удалось только по одному разу, как до, так и после пробега. Всех пробегов было 3, на 26 верст, 15 в. и 70 верст. Результаты исследований демонстрируются на таблицах. Оказалось, что после пробегов замечаются изменения в кр. кр. шариках, в единицах об'ема. Эти изменения склоняются как в сторону повышения, так и в сторону понижения, но % повышаемости значительно больше. Докладчик указывает однако, что %% отношения, приводимые им должны считаться приблизительными, т. к количество исследованных случаев—незначительно. После первого пробега (26 верст) повышаемость достигает 11.25%, после второго (15 верст)—6%, после третьего (70 в.)—4%. Явления эти докладчик об'ясняет тем, что первый пробег дал самую большую потливость при меньшей влажности воздуха, чем во 2-ом случае, где и количество верст, пройденных участниками—меньше. Что же касается 3-го пробега, то незначительный % повышаемости автор об'ясняет большей тренировкой кавалеристов, участвовавших в состязаниях. Результатом этой значительной тренировки заметно то, что амплитуда колебаний количества эритроцитов в сторону повышения и в сторону понижения, несмотря на большое количество верст, менее, чем во всех предыдущих случаях. Относительно случаев понижения количества эритроцитов докладчик об'ясняет отчасти тем, что некоторые перед исследованием пили воду, а также нельзя не сослаться на индивидуальное, чисто специфическое отношение некоторых суб'ектов к физической работе. Далее докладчик указывает, что аналогичные исследования

производились в Москве над спортсменами, пробежавшими дистанцию Архангельск—Москва (1600 кл.), но автор этих исследований, быть может, по незначительности материала, 4 человека, от выводов пока воздерживается. В заключение докладчик делает вывод, что физическая работа, повидимому, производит изменения в количестве кр. кр. телец в единице об'ема в крови, как в сторону увеличения их количества, так и в сторону уменьшения, с большим уклоном в сторону увеличения. Бывают случаи, когда количество это без перемен. Такие случаи можно считать исключением, так они очень редки. Вся доложенная в виде предварительного сообщения, работа—является частью общей большой работы, произведенной несколькими сотрудниками над лыжниками. Вся работа всех сотрудников имеет целью по возможности всестороннее физиологическое обследование, производящих ту или иную физическую работу организмов.

Д-р Пентман—1) по 5 капель крови бралось для исследования только до пробега или после него, особенно в отношении эритроцитов, 2) исследовалась ли моча, 3) у участников 2-х пробегов совпадали ли результаты, 4) чем об'ясняет докладчик увеличение кр. кр. шариков?

Д-р Сорокин 1) предварительное исследование производилось в каких условиях (в казармах напр.)? 2) через какой срок после пробега бралась кровь? 3) были ли у лыжников рукавицы и какие, ведь руки у испытуемых горят после пробега, 4) через какой срок после завтрака бралась кровь?

Д-р Шершевский—1) взвешивались ли красноармейцы до и после пробега, 2) не болел-ли тот красноармеец у которого оказалось 1.800.000 кр. кр. телец и почему его допустили к пробегу?

Д-р Копылов—нельзя ли отнести к техническим ошибкам результаты 1.800.000 и т. п.

Студент Масленников—исследовались ли на белые кровяные тельца.

Д-р Холопов—моча, лейкоциты и прочие исследования делались, но не полностью, т. к. не успели провести все исследования. До пробега испытуемые находились в казармах, без тренировки, в покойном состоянии и в таком состоянии исследовались. Рукавицы и гиперемия не дают повышения кр. телец в единицах об'ема. Некоторые исследовались через 2—5 часов после пробега, другие через 12 часов. Красноармейцы взвешивались. Заболевания какого либо у красноармейца с 1.800.000 телец не наблюдалось. Подвергнут он был исследованию дважды. Белые кровяные шарики исследовались и не только количественно, но не докладчиком.

Д-р Копылов отмечает, что работа велась в разных направлениях и разными лицами, поэтому прения лучше отложить до суммарных выводов.

Д-р Пентман, возражая д-ру Копылову, говорит, что докладчиком сделаны выводы, а, кроме того сделав, предварительное сообщение, докладчик (очевидно) желает выслушать мнение О-ва. Подчеркивая далее неодинаковость условий, в которых находились испытуемые (одни ели, пили воду, другие нет, пили, ели разное количество). Исследования велись разными лицами. Содержание гемоглобина, анализ мочи дал бы возможность сделать точные выводы, теперь же в виду неправильности техники всего дела, выводы сделать нельзя. Так исследовать не надо, заканчивает д-р Пентман.

Проф. Рязанов отмечает, что у всех испытуемых увеличение эритроцитов. Приветствует доклад с той точки зрения, что до сих пор исследовались преимущественно лейкоциты, а не эритроциты и это несомненно дает вклад в физиологию крови.

Д-р Пентман, не отрицая влияния и значения мышечной работы, не удовлетворен только изолированностью докладчика.

Проф. **Рязанов**—напоминает, что докладчик сделал предварительное сообщение и, что, кроме того, будут сделаны дополнительные доклады и другими участниками обследования.

Д-р **Шершевский**, не отрицая ценности работы, видит недостаток работы в том, что все исследователи вели работу врозь, подходя возможно с разной точки зрения, если бы все было освещено одновременно, то можно было бы и выводы сделать. В отношении увеличения эритроцитов, возможно сгущение крови, а не рождение новых эритроцитов.

Д-р **Законов**, приветствуя первый опыт множественного исследования, жалеет, что докладчик выступил сепаратно.

Д-р **Раева**, подчеркивает ценность исследования в том, что об'екты не были поставлены в лабораторные условия, а в обыкновенные жизненные условия. Сравнивает это исследование с исследованиями над кессоновыми рабочими, где также отмечается только один момент. Кроме того будет дана общая сводка.

Д-р **Пентман**—понятно желание исследования не в лабораторных условиях, но это надо делать не ради самого исследования, а ради известного умозаключения. Если исследование одностороннее без учитывания всех факторов, то никаких выводов делать нельзя.

Д-р **Холопов**—меня обвиняют в том, что сделаны выводы, но выводы то самого общего характера. Такова тема и такова работа. На наших случаях мы видим изменения красных кров. шариков от работы; почему это—не останавливаемся. Делается предположение об индивидуальных особенностях. Этого отрицать нельзя и это требует доказательства от суммарных исследований. Дать сейчас всестороннее исследование было невозможно.

4. Текущие дела: а) д-р **Шершевский** предлагает почтить вставанием память умерших профессоров **Кровкова** и **Спижарного**, что принимается единогласно, в) принимаются открытым голосованием в члены О-ва д-ра **Бакин Е С.** и **Мариупольский А. И.**

Председатель **Шершевский.**

Секретарь **Либгот.**

ПРОТОКОЛ

заседания Омского Медицинского Общества от 30-го мая 1924 г.

Присутствует 29 членов О-ва и 52 гостя.

Председатель **Шершевский**, Секретарь **Либгот**.

---

1. Д-р **Дусяцкая** демонстрирует больного из кожно-венерической клиники с Jchtyosis histrix.

2. Д-р **Копылов** прочитал доклад: «Краткое описание о XVI Всероссийском с'езде хирургов».

Кратко прореферировав ряд заслушанных докладов на с'езде, д-р Копылов более подробно останавливается на вопросах лечения инфецированных ран и нагноительных процессов, а также на работах желудочной секции.

Д-р **Пентман**—удалось-ли докладчику более подробно уловить выводы из сделанных на с'езде сообщений об измерении крови.

Д-р **Николаев**—почему на с'езде принято преимущество бестампонного лечения только в амбулаторной практике, а не в стационарной.

Д-р **Егоров**—какая разница между вновь рекомендуемыми широкими показаниями к применению антисептических средств с прежними взглядами на этот способ.

Д-р **Копылов**—об измерениях крови подробностей уловить не удалось, в виду усталости докладчика. Разница между теперешней и прежней антисептикой в том, что теперь антисептика стоит на почве строгой асептики. Бестампонное лечение в амбулаторной практике на большом материале дало хорошие результаты, амбулаторная инфекция слабее стационарной, где вирулентность обыкновенно сильнее.

3. Д-р **Копылов** докладывает «Судьба желудочно-кишечного соустия в зависимости от методики швов».

Под этим заглавием д-р Копылов повторил свой доклад, читаный на XVI с'езде хирургов в Москве. «Сравнительное экспериментальное исследование о швах при gastro-entero-stomie». Доклад со всеми выводами будет напечатан в виде автореферата в трудах с'езда.

Проф. **Борман**—искания совершенного шва при операциях на кишках начаты давно. В клинике Разумовского был предложен металлический кадмиевый шов. Прохождение шва в полость кишки, отмеченное докладчиком—нечто физиологическое. Вопрос о шве будет разрешен тогда, когда будет найден такой шов, крепость и рассасываемость которого будут точно разрешены. Тогда отпадет вопрос во сколько этажей надо шить. Профессор заканчивает приветствием большой экспериментальной работой докладчика.

Д-р **Копылов**—подходя к исследованию методики шва при G—E докладчик был сторонником шва шелком. Опыты дали отрицательный ответ и определенное указание какие швы надо употреблять при G—E.

4. Д-р **Куперштох**—зубной врач.—«Последняя реформа по вопросу о зубоврачебном образовании».

Реформа зубоврачебного образования заключается в том, что бывшие специальные зубоврачебные школы закрыты, создание новых одонтофаков считается нецелесообразным и признано, что в России одонтологи должны получить обра-

зование на медфаках на общих основаниях с врачами других специальностей. Приветствуя эту реформу, т. к. она поднимет уровень обще—медицинских познаний у будущих одонтологов, поднимет одонтологию на степень прочих отраслей медицины и выведет ее из положения какого-то пасынка медицины и сделает ее родным детищем ее. Несомненно эта реформа уменьшает кадр будущих одонтологов, т. к. условия образования для них теперь значительно сложнее и это на первых порах как будто бы должно было тревожить за судьбу зубоврачебной помощи населению, тем более, что caries зубов принимает все большие и большие размеры, в чем докладчиком приведены некоторые статистические данные. Но докладчик видит, что в одонтологии, как и в прочих отраслях медицины, можно найти верный путь через дальнейшую научную работу в области одонтологии и через профилактику путем общественной работы, чтения популярных лекций среди широких слоев населения, издание брошюр и т. п. Для этого к практике одонтологам нужны работники с призванием к научной общественной работе в области одонтологии. Таких работников должны дать медфаки, а потому пред нами встает задача провести в жизнь эту реформу, т. е. организовать кафедры и клиники по одонтологии, но с тем, чтобы этот предмет был обязателен для студентов наравне с прочими предметами. В заключение докладчик остановился на том, что согласно недавнего решения в центре, Омский Мединститут будет существовать, а потому пред ним также встала задача пополниться еще одной отраслью медицины, это одонтологией и высказывает пожелание Омскому Мединституту к началу будущего учебного года успешно справиться и с этой новой задачей.

Зав. Губздравом **Кузнецов**—известно ли докладчику, сколько безработных зубных врачей в России и Сибири? Чем вызвано опасение дороговизны оборудования зубоврачебного кабинета? Не есть ли это забота об Институте частно практикующих врачей?

Д-р **Шершевский**—докладчик с одной стороны приветствует меру уничтожения зубоврачебных школ, а с другой опасается, что не будет зубных врачей, какие же выводы докладчика?

Д-р **Ласков**—есть-ли у докладчика статистические данные о кариозе зубов, кроме Ленинградской статистики и в частности в отношении сельских местностей.

Д-р **Куперштох**—число безработных врачей не известно. В виду массового кариоза, необходимо развитие большой сети зубных амбулаторий, тогда и безработица пропадет. Институт частно практикующих зубврачей отпадет, если государство проведет эту меру расширения сети амбулаторий. Одонтология должна стать равноправной отраслью медицины, закрытие школ надо приветствовать. Статистических данных у докладчика больше нет.

Д-р **Кузнецов**—докладчик, хотя в конце и признает меру власти о закрытии школ правильной, но нотка пессимизма все-таки проскальзывает. Вероятно ученая комиссия и высшие органы, проводившие эту меру, учли все обстоятельства и принято во внимание невозможность развертывания в ближайшем будущем широкой амбулаторной сети и число безработных. Количество зубврачей может быть в первое время и будет меньше, но качество, безусловно, повысится и пессимизм докладчика ни на чем не основан.

Проф. **Борман**—протестует против открытия кафедры одонтологии и высказывается за кафедру стоматологии.

Д-р **Пентман**—как-будто по существу разногласий нет. Наличие безработных врачей—не основание для закрытия школ, на том же основании можно было бы закрыть и все медфаки. Другой мотив здесь важен—это качество

зубврачей. Эта мера аналогична закрытию фельдшерских школ. Д-р Пентман присоединяется к тому мнению, что нужны не одонтологи—а стоматологи. Кризис может быть, но не в недостатке зубврачей, а в отсутствии преподавателей стоматологов.

Д-р Копылов—д-р Пентман не подчеркнул одно—о постановке зубоврачебного преподавания в Германии, где при каждом университете имеется соответствующая кафедра, по которой и специализировались студенты, останавливаясь на остальных предметах попутно. Д-р Копылов подчеркивает большую роль техники в зубоврачебном деле.

Д-р Кузнецов, отвечая Пентману, не отрицает, что материальная сторона, конечно, второстепенная причина.

Д-р Купершток отмечает отсутствие резких разногласий со всеми высказавшимися. В заключение докладчик вновь приветствует реформу и выражает удовлетворение тем живым обменом мнений, который вызвал его доклад, и надеется, что вскоре одонтология займет почетное мнение в медицине.

Председатель Шершевский.

Секретарь Либгот.

ПРОТОКОЛ

заседания Омского Медицинского Общества от 6-го июня 1924 г.

Присутствовало членов Общества 17, гостей 36 чел.

Председатель **Шершевский.**

Секретарь **Куткина.**

Демонстрация больного 1) с перевязкой V. jug. interna по поводу перевязки ее и 2) лярингостомия по случаю стеноза гортани на почве перихондрита гортанных хрящей.

Два случая перевязки V. jugularis interna по случаю тромб отогенного происхождения, с благоприятным исходом.

1 сл. больной С. принят в больницу по случаю заболевания малярией, которую определил у него амбулаторный врач. Исследование крови на плазмодий малярии дало отрицательный результат. В то же время С. обратился к отиатру, по поводу заболевания правого уха. Ухо болит по словам С. давно, 4 года идет течь, но при осмотре было найдено, что имеется болезненный инфильтрат на задней стенке наружного слухового прохода. Инфильтрат разрешился нарывом с образованием свища. Обильное отделение гноя из свища и наличие болезненной припухлости и тяжа по ходу V. jugularis interna ремиттирующей температуры с ознобами, учащенного пульса заставило предположить наличие септико-пиэмии.

Операция—разрез сначала сзади ушной роковины и обнажения синуса; стенки синуса сильно напряжены, разрез продолжен на шее и доведен до ключицы. Вена яремная обнажена и в $^2/_3$ верхних стенка ее оказалась гнойно-размягченной, просвет выполнен гнойно-распавшимися тромбами. В средней трети вена вскрыта, тромбы удалены, на уровне нижнего края щитововидного хряща, яремная вена перевязана, стенка ее здесь была эластична, хотя внутри вены

находился тромб. Верхняя 1/3 вены не скрыта, но тромбы удалены ложечкой Вскрыт синус с частичным иссечением стенки его. Радикальная операция по Zaufol'ю дало наличие холестеатомы в Cavum thympani. Рана затампонирована.

Второй случай, больной Г. страдает с детства хроническим гнойным воспалением правого среднего уха, согласен на операцию, 9/V положен в больницу. 13/V произведена операция радикальная по Zaufol'ю с пластикой по Stacke, через сутки после операции температура начинает подниматся и в 2 суток достигает 40 градусов, рана через сутки была раскрыта и в ней оказались серовато-грязные налеты. Наличие припухлости ниже сосцевидного отростка по ходу, приблизительно. V. iugularis interna дало право предположить, наличие тромба. Обнаженный синус был сильно напряжен, стенка его имела нормальный вид, V. jug перевезяна на уровне угла нижней челюсти и перерезана между 2-мя лигатурами. Синус вскрыт и тампонирован. Рана на шее зашита наглухо. Впоследствии тромб, заключенный в изолированном участке V. jug. дал нарыв, вскрывшийся через разрез на шее наружу. Кровь, взятая у больного Г. на другой день после перевязки V. jug., оказалась стерильной.

Перевязка V. jug. при заболевании пазух отогенного происхождения предложена Zaufol'ем 1880 г. и самостоятельно от последнего Hoyle'ем 1886 г., но права гражданства приобрела тольло в 1890 г.г., когда в 1894 г. Korner опубликовал 20 случаев перевязки V. jug. собранных им в литературе. В настоящее время есть сторонники и противники перевязки V. jug. но повидимому последних делается все меньше. Обогащение литературы описанием случаев перевязки V. jug. наверное окончательно закрепит за этой операцией по праву принадлежащее ей место в лечении септико-пиэмии ушного происхождения.

Ларингостомия по случаю стеноза гортани, на почве перехондрита гортанных хрящей. Больной М., по профессии кузнец, считает себя больным около года. Причиной своей болезни полагает простуду, происшедшую от прикладывания льда к шее с похмелья. При осмотре больного найдено: на передней стороне шеи в области щитовидного хряща нарыв с ясно выраженной флуктуацией; при ляригоскопии: отечная припухлость в области черпаловидных хрящей и из'язвления по краю ложных голосовых связок. Голосовая щель сужена, вдох сильно затруднен. Произведена операция нижней трахеотомии. Через 5 дней вскрыт горизонтальным разрезом нарыв на шее. Ввиду сильной инфильтрации ткани, трахеотомическая трубка часто закрывалась и пришлось сделать верхнюю трахеотомию. Через м-ц после последней трахеотомии, была произведена операция ляриногостомии. Слизистые трахеи и левой стороны гортани оказались из'язвленными и в состоянии распада; пластика кожи (сшивание кожи со слизистой), удалось только частично, мягкие ткани были инфильтрированы. Шва на щитовидный хрящ не накладывалось. В просвет гортани вставлена дренажная резиновая трубка, потом рана зашита в верхнем конце. После операции явления перехондрита вновь усилились, появился перихондрит трахеальных хрящей. Голосовая щель постепенно делается шире и больной может сутками дышать без резиновой трубки, потом опять наступает затрудненное дыхание.

Стеноз гортани явление редкое в прежнее время, за последние годы, в связи с развитием эпидемий тифов, осложнявшихся часто перихондритом гортанных хрящей, стало заурядным явлением. Единственное верное средство спасти жизнь больному со стенозом гортани—трахеотомия, но эта операция мало удовлетворяет как больного, так и врача, отсюда попытки врачей дать возможность дышать per vias naturales трахеотомированному больному. Попытки начаты были профессором Микуличем в 1870 г., который лечил расчением гортани с последующим дренажем. В 1906 г. французами была предложена операция, названная ими ларингостомией. За последнее время искания врачей в

области лечения стенозо-гортани обогатились большим клиническим материалом и дали блестящие результаты. Д-р **Перековин**, в своей брошюре о стенозах гортани и их оперативном лечении, различает два вида стенозов,—концентрический и саггитальный. Первый дает хорошие результаты в смысле лечебном, второй хуже. Повидимому, лечение стенозов гортани стоит на твердом пути и можно в дальнейшем ожидать успехов, сейчас иногда приходится ограничиваться тем, что больной вместо трахеотомической трубки пользуется образной резиновой и может дышать через рот, это большой плюс для больного.

«Внутри черепные осложнения при средних гнойных отитах, по материалам Омского Военного Госпиталя и ушного отделения Обще-Городской больницы за 1922—23 г.».

Статистические данные Kelnera и других авторов говорят за то, что 1/3 и даже половина абсцессов мозга ушного происхождения. Воспаление пазух в 2/3 случаях тоже ушного происхождения. Воспаление мозговых оболочек, по **П. А. Кучеренко**, из 6 случаев в 5 было ушного происхождения.

В Омском Военном Госпитале, с октября 1921 г. по август 1923 г. т. е. почти за два года, мы имели 18 случаев смерти от внутричерепных осложнений, из них ушного происхождения 10 и от других причин 8. Всех смертных случаев от внутричерепных осложнений, на почве заболевания ушей, вместе с городской больницей, было 12 и распределяются они так: Пиэмия 7 случаев, нарывы мозга 3, менингит—2% смертности при заболевании ушей, в различных статистиках значительно разнится. У Bezalda % этот равен 1,2%, Schvartce для прусской армии 0,35% Borney—2½%.

По санотчетам русской армии—1%, по данным ушного отделения Ом. Военного Госпиталя—0,78%. Отмечается превалирование правосторонних осложнений над левосторонними. Мастоидит должно рассматривать как первый этап к внутричерепным осложнениям, или даже как наружно, проявление внутричерепного осложнения. Не всегда мастоиды ушные протекают типично. Иногда наличие всех симптомов бывает необязательным показанием к неотложной операции, а иногда наличие одного симптома заставляет немедленно приступить к операции. Заболевания antrum может быть первичным в смысле локализации процесса. Мастоидиты височной области могут сопровождаться симптомом Griesbergera и вести к ложному диагнозу тромбоза Sin Cavern, как это имело место в 2-х случаях из разбираемого нами материала. Припухлость по заднему краю сосцевидного отростка, (симптом Griesbergera) мало выраженная не говорит за заболевание поперечной пазухи или экстрадуральном нарыве, но является грозным признаком глубоких разрушений кости, деже при нормальной температуре и отсутствии местной боли. Пиэмия и септико-пиэмия ушного происхождения грозное и тяжелое осложнение средних гнойных отитов может быть и без наличия тромба в синусе. Диагностика пиэмии трудна и часто ведет врачей к ошибкам, протекает под видом других заболеваний, когда явления со стороны уха слабо выражены и даже сам больной не жалуется на ухо. Часто отогенная пиэмия протекает под видом брюшного тифа и дает положительную Видалевскую реакцию. Таких случаев в нашем материале нет. Часто диагностируется пневмония там, где мы имеем метастазирующий сепсис отогенного происхождения, таких случаев в наших материалах имеется 3. Ревматическое воспаление суставов, на почве септико-пиэмии ушного происхождения, наблюдалось в 2 случаях. Картина температуры возвратного тифа при отогенной пиэмии наблюдалась в одном случае. Симптомы пиэмии: высокая неправильная с большими ремиссиями температура для пиэмии не всегда характерна, особенно вначале болезни, ознобы могут отсутствовать; равно как иктеричность склер, общая слабость, но частый пульс это более частое, если не постоянное, явление. Несоответствие пульса с температурой при утреннем ее па-

дении и при наличии замедленного пульса при менингите и нарыве мозга дают возможность дифференцировать пиэмию, как осложнение среднего гнойного отита от менингита и нарыва мозга того же происхождения.

Прения по докладу д-ра **Николаева.**

Д-р **Пепеляев**—Как об'ясняется механизм образования тромба в V. jug; как велико количество внутри черепных осложнений на общие заболевания otitis media в Военном Госпитале. Почему не были произведены функции мозга в случае с абсцессом мозга. Как была поставлена диагностика? Считает ли докладчик больного с перевязкой излеченным от пиэмии?

Д-р **Николаев**: Тромб в V. jug об'ясняется попаданием через периваскулярные лимфатические пространства инфекционного начала. На второй вопрос докладчик затрудняется ответить, т. к. нет цифры общего количества больных с otitis media. В случае с абсцессом мозга (больной—**Воганов**) имелись на лицо явления мастоидита, а вторичная инфекция шла через р. acusticus internum и обнаружилось через м-ц после операции, когда у больного все время была нормальная температура. Пункция не была сделана, потому, что локализация нарыва не была выяснена Диагностика была поставлена на основании суб'ективных жалоб больного на боль в голове с указанием локализации, наличием нистагма, исследованием дна глаз и т. д.

Докладчик полагает, что несмотря на сравнительную свежесть случая и то, что нормальная температура держится только 4 дня, пиэмия ликвидирована, т. к. рана раскрыта широко и все пути, по которым внедрялась инфекция вправо отрезаны. Конечно, осложнения еще возможны, в виду наличия тромба в нижнем отрезке V. jug.

Д-р **Бакин**: Где была сделана перевязка V. jug—выше нахождения тромба или ниже и почему не вскрыта и тампонизирована, а перевязана? Почему докладчик подчеркивает несоответствие пульса и температуры при сепсисе? Как смотрит докладчик на случаи, при которых гноетечение было в течение 10—20 лет, но после того, как применялась операция —они погибали от пиэмии?

Д-р **Николаев**—перевязка V. jug сделана немного выше ключицы, не желательно было резецировать последнюю, т. к. предполагалось, что ниже тромб не инфицирован; на основании состоянии стенок вены и состояния тромба, но конечно остатки тромба были ниже и могли дать метастазы. Что касается несоответствия пульса с температурой, то докладчик имеет в виду утреннюю температуру, когда она падает иногда до нормы, а пульс остается учащенным до 120 ударов.

В случае длительных заболеваний хронического характера—во время операции ткань травматизируется и инфекция, находившаяся изолированной—в силу травмы дает вспышки.

Д-р **Мануйлов**—Чем была вызвана операция в случае с перевязкой V. jug.

Д- **Николаев**—Наличием тромба и пиэмии.

Председатель **Шершевский.**

Секретарь **Куткина.**

ПРОТОКОЛ

заседания Омского Медицинского Общества от 13 июня 1924 года.

Присутствовало членов О-ва 25, гостей 60.

Председатель **Шершевский**, Секретарь **Кутнина**.

---

1. «Оперативная фиксация позвоночника при спондилите и сравнительная оценка материала Городской Хирургической Больницы по этому вопросу»—докладчик д-р. **Либгот.**

Докладчик отмечает недоступность по социальным и экономическим условиям проведения консервативного курса лечения туберкулезного спондилита, сопряженного с необходимостью ряда приборов параллельно с климатическим и диэтическим лечением. Длительность консервативного способа лечения (от 3-5 лет по Кальвэ и до $7^1/_2$ лет по Дурому), отрицательная сторона замуровывания надолго грудной клетки и живота, возможность движений в позвоночнике при фиксации его корсетами и неуверенность в беспрерывном применении и пользовании им больными, не совсем отрадная статистика результатов консервативного лечения (30-40% излечения и только статистика Rollier'a дает 86% излечения) и наконец, огромная смертность среди спондилитиков, не подвергающихся лечению, все это заставляло мысли хирурга работать по пути более радикальных и доступных методов лечения. Останавливаясь вкратце на истории и литературе оперативного лечения спондилита, докладчик подчеркивает, что сдвиг в этом вопросе произошел 12-14 лет тому назад со времени Гибса, предложившего свой способ образования костного моста. До сих пор среди хируров существуют разногласия во взгляде на оперативное лечение спондилита. Описав 4 основных способа фиксации позвоночника Гибса, Ольбт, Генли-Уайтмана и Хальветеде и модификации их для шейной и поясничной частей позвоночника, Рофа, Тюфье и Шульцэ, преимущества и недостатки их и показания в каких случаях какой из способов применить, докладчик переходит к экспериментальному обоснованию оперативной фиксации позвоночника. На основании экспериментальных работ Хесли, Нусбаума, Фрома, Аксгаузена и др., доказывающих, что оперативная фиксация подсказывается самой природой, идущей по пути образования контрактур мышц и образования анкилозов при костном туберкулезе. Пересаженная пластинка дает крепость позвоночнику, выдерживая большую нагрузку. Пластинка дает рост в толщину и длину. Пересаженная пластинка рассасывается, но из periost'a et endost'a пластинки образуется новая кость. Автоплатический материал есть лучшая гарантия приживления. Разбирая далее, имеющийся уже большой статистический материал, как русской, так и иностранный, докладчик видит следующие, приблизительно, результаты: 80-82% улучшения, 12% без результата или ухудшения, 5-7% смертности и 0,5% непосредственной смерти от операций. Результаты русский статистики несколько ниже (**Шамов**), на что имеются особые условия, как-то: необходимость ставить более широкие показания к операции, в виду невозможности применить диэтическое и климатическое лечение. На работе **Шамова** докладчик останавливается несколько более подробно.

Переходя к материалу Городской Хирург. Больницы г. Омска, обнимающей 12 случаев, докладчик подробно описывает дооперационную подготовку больных, способы операции, способы приготовления рук и операционного поля, положение больного на столе, технику извлечения пастинки, обращение с нею

вплоть до момента фиксации ее, материал для шва и послеоперационное ведение больных. Далее разбирается история болезни этих больных и подробнее осматриваются 3 случая exitus'a, протоколы вскрытий каковых и также результат патолого-анатомического исследования трансплантата зачитываются. Материал Хир. больницы имеет 4 случая с натечными абсцессами, 3 случая с явлениями в легких, 1 случай со свищами; явления сдавления спинного мозга в 2-х случаях и нарушение статики у всех. 75% этого материала дали несомненное длительное улучшение с наблюдением от 1-го года до 3-х лет.

Выводы докладчика:

1) Оперативная фиксация только косвенно влияет на туберкулезный очаг. Операция представляется «шинированием» больных позвонков, создавая наиболее выгодные условия для их извлечения. Паралельно должно идти общее лечение. Операция является наиболее простым, дешевым и радикальным способом фиксации позвоночника.

2) Клиническая картина излечения не соответствует анатомической, протекающей гораздо медленнее, т.к. часто операция давая надежную фиксацию, еще не дает остановки туберкулезного процесса, что не должно вводить в заблуждение хирурга.

3. Влияние операции на gibbus незначительно.

4) Для некоторых видов туберкулезного спондилита остается показанным консервативное лечение, но строго разграничить показанием к операции или к консервативному лечению невозможно.

Операция фиксации при травматическом спондилите, а также в свежих случаях туберкулезного спондилита дает прекрасные результаты.

5) Натечные абсцессы, явление сдавления спинного мозга не являются противопоказанием к операции.

6) Подвижность позвоночного столба после операции почти не нарушается, компенсируясь за счет подвижности в суставах здоровых позвонков.

7) Нагноение раны не есть показание для удаления трансплантата, т. к. и при нагноениях часто пластинка дает надежную фиксацию.

8) Детей до 5-тилетнего возраста оперировать противопоказано.

9) Противопоказано оперировать: 1) в случаях со свищами, особенно вблизи операционного поля, 2) в случаях с активным процессом в легких, но наличие туберкулеза других органов, при общем хорошем состоянии, не является противопоказанием и 3) в случаях с сильным упадком общего питания.

10) Внимание к проведению пред и после операционного хода занимает важное место. Особая осторожность во время операции во избежание травматизации туберкулезного очага, техника, асептика и тщательность во время операции являются одним из основных условий благоприятного исхода операции.

Доклад демонстрировался: больными—2 рентгеновскими снимками, 3 препаратами, 4 таблицами.

Д-р **Гиммельман**—каких авторов докладчик насчитывает несколько тысяч операций Ольби и других модификаций? В каком смысле докладчик считает этот способ фиксации дешевым?

Д-р **Чуловский**—все ли больные предварительно выдерживались на животе? Как расщеплялись остистые отростки?

Д-р **Пентман**—наблюдались ли заболевания почек до и после операции?

Д-р **Мануйлов**—что докладчик называет **Ольби II**? Почему до 5-тилет-

него возраста операция противопоказана? Сколько случаев со сдавлением спинного мозга?

Д-р **Копосов**—какова более подробная картина патолого-анатомическая—трансплантата?

Д-р **Шершевский**—отчего произошел пневмоторакс в 3 случае?

Д-р **Либгот**—цифра несколько тысяч не является преувеличенной. Статистика Уолькота насчитывает 642 случая. сборная статистика, приведенная **Шамовым** насчитывает 1009 случаев, американская статистика Брекетта также охватывает несколько сот случаев. Русская статистика также уже насчитывает сотни случаев: **Шамов**—58 случаев к 1922 г. **Корнев** доложил более чем о 100 случаях на последнем с'езде хирургов в Москве. Дешевизна этого способа заключается в сравнительной его безопасности и доступности для населения в сравнении с дорогими недоступными консервативными методами. На животе выдерживают все как до, так и после операции. Остистые отростки расщеплялись долотом и костным ножом. Заболевания почек наблюдались в одном случае в № 10-м. Под **Ольби II** нами подразумевается модификация операции, предложенная **Ольби**, и заключающаяся не в расщеплении пластинок, а в скусывании, причем трансплантат укладывается в образующееся ложе. Противопоказания к операции до 5-ти летнего возраста заключаются во все еще не выясненном вопросе относительно роста пластинки, хоть и установлено, что пластинка растет, но поспевает ли она за ростом молодого ребенка недоказано, а также в опасности травматизации и нарушении естественной крепости позвоночника. Со сдавлением спинного мозга в нашем материале было 2 случая. Патолого-анатомическая картина трансплантата зачитывается по протоколам вскрытий. Пневмоторакс произошел в 3-ем случае. благодаря негладко протекавшей операции и благодаря тому, что пластинка бралась из ребер

Проф. **Борман** останавливается на истории вопроса операции **Ольби**, разбирая ее по этапам Kalolange—**Ольби**. В общем проф. согласен с выводами докладчика, сомневаясь только в преимуществах операции **Хейли-Уайтмана** у детей, т. к. нарушается естественно фиксирующий аппарат позвоночника.

Д-р **Гиммельман** вновь выражает сомнение в цифре несколько тысяч, указывает, что на основании интимных бесед с **Шамовым** ему известно, что **Шамов** уже оставил эту операцию. Считает показанным операцию в случаях далеко зашедших.

Д-р **Чуловский** согласен с выводами докладчика, только в вопросе об операции в детском возрасте ставит более широкие показания.

Д-р **Мануйлов** также ставит более широкие показания для операции у детей. Рекомендует применение гипсовых желобов по **Шамову**.

Д-р **Пентман** полагает необходимым предварительное исследование на амилоид.

Проф. **Кучинский** согласен с выводами докладчика, также признает полезным исследование на амилоид.

Д-р **Либгот** подтверждает преимущества способа **Хейли-Уайтмана** у детей, тем что избегается необходимость расщеплять или скусывать остистые отростки. Вновь подтверждает несомненность указанных цифр—несколько тысяч операций. Интимных бесед **Шамова** докладчик не знает, но судя по его работе по данному вопросу, **Шамов** еще более оптимистичен во взгляде на операцию **Ольби**, чем докладчик. Важность исследования на амилоид докладчик не отрицает, но методов такого исследования не знает.

Председатель О-ва д-р **Шершевский** благодарит за интересное сообщение, вызвавшее столь живой обмен мнений.

2. Доклад д-ра Третьякова—материалы к вопросу о некоторых способах (биологических) предохранения от беременности (эксперименты на животных).

Тезисы доклада (предварительного сообщения):

Несовершенство противозачаточных средств, имеющихся в настоящее время в распоряжении врача и в связи с этим не прекращающийся рост числа абортов.

Необходимость изыскания противозачаточных средств, удовлетворяющих всем пред'являемым к ним требованиям, особенно, имея в виду аборты по медицинским показаниям.

Смысл биологических способов предохранения от беременности, заключающийся в выработке в организме женской особи иммунитета, по тем же принципам, по каким достигается иммунитет и против заразных болезней, причем в качестве антигена употребляется эмульсия сперматозоидов в физиологическом растворе соли.

Описание собственных экспериментов над кроликами и баранами, которым делались в известном порядке ин'екции под кожу и в свободную полость брюшины в различных дозах теплой эмульсии из сперматозоидов, добытых ими от кролика или барана.

Накопление спермотоксинов в крови иммунизированного животного в зависимости от ин'екции эмульсии из сперматозоидов и проверка сыворотки животного на спермотоксичность при помощи реакции аглютинации.

Результаты экспериментов, выразившиеся в том, что 10 крольчьих из 12, взятых для опыта, после описанных выше ин'екций, оставались свободными от беременности в течение от 3½ до 4 месяцев, несмотря на многократное покрытие их здоровыми испытанными самцами, тогда как контрольные животные, покрываемые в то же время и теми же самцами, довели приплод через м-ц после первого покрытия.

Профессор Кучинский—спермотоксины и нормально существуют в организме женщины благодаря всасыванию сперм со стороны стенок влагалища, а между тем иммунитета у них не наблюдается?

Д-р Третьяков—существование смерматоксинов в крови каждой женщины не подлежит сомнению, но лишь в очень небольшом количестве, что является благоприятным моментом в смысле зачатия.

Присутствие же большого количества спермотоксинов в крови женской особи служит препятствием к наступлению беременности, доказательством чего может служить безплодие, наблюдающееся почти как правило, у всех проституток, у которых в крови можно предположить всегда большое количество спермотоксинов.

Проф. Борман—рекомендует вводить в кровь животного вместе с перматозоидами и секрет предстательной железы, на том основании, что в такой среде семенные нити дольше сохраняют свою подвижность.

Д-р Третьяков—во избежание явлений анафилакции, секрет предстательной железы, как содержащий белковые вещества, не вводился.

Д-р Кузнецов—какой максимальный срок иммунитета от беременности. Не делались ли подобные опыты на людях?

Д-р Третьяков—в наших опытах максимальный срок был 4 месяца. По данным же литературы некоторых авторов иммунитет сохранялся в течение около 2 лет. На людях подобных экспериментов не производилось.

Проф. Борман—не пробовали ли иммунизировать самцов кроликов?

Д-р Третьяков—таких опытов не делали.

Д-р Мальгин—какова техника получения сперматазоидов?

Д-р Третьяков—для этих целей кастрировалось животное и добытые таким путем яички разделялись на пластинки острым скальпелем, причем после каждого разреза на поверхности его появлялась густая сливкообразная жидкость, которая осторожно снималась тупым концом скальпия и разводилась в физиологическом растворе.

Студент Законов—какие изменения претерпевают яичники под влиянием ин'екций сперматозоидов?

Д-р Третьяков—по литературным данным, работа проф. Тушкова, яичники остаются без изменений.

Председатель Шершевский.

Секретарь Куткина.

ПРОТОКОЛ

заседания Научного Медицинского Общества от 26 сентября 1924 г.

Присутствуют 29 членов О-ва и 30 чел. гостей.

Председатель Шершевский. Секретарь Добровский.

На повестке дня—доклад преподавателя Мед'института т. Ручкина на тему. «Химический анализ грунтовых вод Северных улиц г. Омска, как иллюстрация к современной постановке вопроса о значении химического анализа воды».

Доклад доктора Волковой—«Сообщение о 3-м Всесоюзном туберкулезном с'езде».

Открывая заседание «Председатель О-ва д-р Шершевский сообщил о смерти профессора Сапожникова и предложил почтить его память вставанием. Все встают. По просьбе правления О-ва, профессор Семенов, как близко знакомый с Сапожниковым, в кратких словах остановился на жизни покойного профессора. Он указал на то огромное внимание и уважение, которым пользовался профессор Сапожников не только в г. Томске, но и за пределами Сибири, а также на его научную и общественную работу в течение 30 лет. Говоря о научной работе, профес. Семенов остановился на научных экспедициях, на работе в горах и на исследования покойного и на ту популярность, которой он пользовался среди научных работников.

После сделанного сообщения профессором Семеновым, д-р Волкова выступила с докладом «Сообщение о 3-м Всесоюзном Туберкулезном с'езде, бывшем 15-22/IX-24 г. в Харькове». Д-р Волкова, прежде чем приступить к научной стороне с'езда, останавливается на его широкой общественности. Рабочие организации и профсоюзы принимали активное участие в работе с'езда. Вместо 7 рабочих представителей прошлого года, их было 138, из общего числа 667 членов с'езда. Туберкулезные трехдневники увеличили число Диспансеров вместо 56 прошлогодних до 108 в нынешнем году. Широкое ризвитие получили туберкулезные ячейки, в Москве есть ячейки, в которых по 40—50 и даже 100 человек членов. Далее д-р Волкова указывает, что на с'езде довольно

много было уделено времени на конкуренцию Украйны с Москвой в постановке туберкулезной работы: она говорит, что в Харькове, на ряду с диспансерами тубсекции, существуют диспансеры рабмедов-поликлиники, при чем, на с'езде руководители Харьковских поликлиник стремились влить диспансер туберкулезный в рабмед, в чем они встретили резкий отпор от Московских руководителей по туберкулезной работе.

Кроме того, на с'езде было уделено внимание организации сельских диспансеров и участковых сан. врачей в туберкулезной работе. Также было констатировано, что за последнее время работа диспансеров принимает все более и более лечебный уклон, это признано с'ездом ненормальным явлением и предложено обратить больше внимания на профилактическую сторону.

Из докладов, сделанных на с'езде, д-ром Волковой отмечен доклад Матвеева:—«Взаимоотношения между туберкулезом животных и человека». Из этого доклада следует, что туберкулез среди животных, даже среди таких животных как козы, весьма развит и в целях самой широкой борьбы с туберкулезом как человеческим, так и животного,—врачи медицинские и ветеринарные должны войти в тесное общение.

Большой интерес вызвал на с'езде доклад д-ра Абакина—«Анатомическое обоснование распространения туберкулезной инфекции по лимфатическим путям». Докладчик довольно подробно ссылается на ряд опытов, доказывая что в деле распространения туберкулезной инфекции играет огромную роль лимфатическая система. Прения по докладу были весьма оживленные.

В заключение д-р Волкова останавливается на докладе проф. Штернберга—«Конституция и клиника туберкулеза». В прениях по докладу выступили проф. Владимиров, Воробьев и Киселев, которые отнеслись к докладу весьма сдержанно.

Д-ру Волковой были заданы следующие вопросы:

Д-р Сорокин—с какой целью принимался туберкулин с диагностической или лечебной.

Д-р Пулькес—был ли доклад о туберкулезе среди школьников?

Д-р Пентман—упоминалось-ли что либо о реакции Пирке?

Д-р Волкова отвечает—туберкулинизация применялась с целью лечебной, о туберкулезе школьников доклада не было, о реакции Пирке ничего не говорилось.

Председатель благодарит д-ра Волкову за сделанное сообщение. Об'является перерыв на 15 минут.

После перерыва заслушивается доклад преподавателя Мед'института Ручкина на тему:—«Химический анализ грунтовых вод Северных улиц г. Омска, как иллюстрация к современной постановке вопроса о значении химического анализа воды».

Докладчик отмечает, что состав воды, под влиянием тех или иных факторов, резко колеблется даже в одной и той же местности, при чем в этом отношении большую роль играют (особенно для грунтовых вод) органические вещества. Прямых методов определения органических веществ нет, а потому при химическом анализе базируются на определении продуктов распада-индикаторах загрязнения, наличие которых в воде указывает, что последняя является не безвредной. Для правильного решения о загрязненности воды необходимо принять метод обследования условий образования состава воды, местность водоема и условия—путем осмотра и изучения на месте и главным образом, путем сравнения воды с нормальной, т. е. заведомо не загрязненной.

Докладчик подтверждает изложенное исследованием грунтовых вод Северных улиц г. Омска.

Докладчику задают вопросы:

Д-р Николаев—насколько быстро происходит проникновение хлора в колодезь?

Д-р Сорокин—почему в колодцах, кругом которого стоят конюшни, нет азотистых кислот?

Химик Успенский—не служили-ли ранее ройоны Северных улиц местами свалок?

Докладчик отвечает, что отсутствие азотистой кислоты в колодце об'ясняется минерализующим свойством почвы особенно в верхних слоях и что район Северных улиц являлся местом свалок.

По заслушании ответов докладчика, заседание О-ва об'является закрытым.

Председатель **Шершевский.**

Секретарь **Добровский.**

ПРОТОКОЛ

заседания Научного Медицинского Общества 10-го октября 1924 г.

Присутствовало членов Общества 38 чел. и гостей 88.

Председатель **Шершевский**, Секретарь **Добровский.**

На повестке дня: 1. Доклад т. **Рейзман**—«Основные вопросы уголовного права и наказуемость медицинского персонала за отказ от оказания в медицинской помощи—ст. 165 Угол. Кодекса».

2. Профессор **Борман В. Л.**—«Впечатления о курорте «Карачи» в сезон 1924 г.».

3. Текущие дела.

После зачтения и утверждения протокола предыдущего заседания, прежде чем перейти к повестке дня, по предложению председателя О-ва, Секретарем О-ва оглашается обращение Западно-Сибирского Отдела Русского Географического О-ва о присоединении членов Омского Медицинского О-ва к предпринятому Западно-Сибирским Отделом Русского Географического О-ва изданию книжки, посвященной памяти скончавшегося заслуженного профессора Томского Университета **В. В. Сапожникова.**

Председатель О-ва информирует, что денежные взносы для этой цели могут передаваться казначею О-ва. Далее заслушивается письмо профессора Курлова, в котором он благодарит О-во за избрание его почетным членов О-ва.

Затем переходят к демонстрации больных.

Д-р **Беньяминович** демонстрирует редкий случай аномального расположения придатка яичка.

Д-р **Кабакин**, двух больных с явлениями нейро-люэса, представляющим из себя интерес в смысле постановки диагноза, при отрицательной реакции

Вассермана и при наличии таких признаков, как расширение зрачка, пареза лицевого нерва и атаксии.

После демонстрации больных заслушивается доклад Пом. Прокурора т. **Рейзман**.

Докладчик, прежде чем остановиться на 165 статье Уголовного Кодекса, указывает, что целью настоящего доклада является желание органа Государственной Прокуратуры знать мнение врачей как о толковании 165 статьи, так и о тех подходах, которые должны иметь место в отношении этой статьи и тем самым уточнить и внести ясность в эту статью.

Докладчик при этом отмечает, что Государственная Прокуратура к врачам относится с уважением, считается с их мнением, что подтверждается тем, что прокуратура всегда соглашалась с врачебной экспертизой. Далее, переходя к сущности своего доклада, он говорит, что в условиях Советского государства, когда доминирующую роль занимает труд, когда во главе государства стоит Рабоче-Крестьянская власть, врачебный персонал подчиняется не интересам капитала, а интересам пролетариата. Вследствие этого, когда врачебный персонал привлекается к ответственности—Прокуратура останавливается на 3-х вопросах:

1) имеется ли нарушение интересов трудящихся;

2) имеется ли злая воля или небрежное отношение к делу;

3) по какой статье будет пред'явлено обвинение.

Докладчик приводит ряд примеров, бывших у него в практике и в частности останавливается на деле д-ра **Прасолова**, которому могло быть пред'явлено обвинение в отказе приема больного.

Прокуратура, под обно рассмотрев это дело, пришла к заключению, что со стороны врача не было состава преступления и дело было прекращено в период следствия. Одновременно с этим докладчик приводит ряд примеров, в которых, по его мнению, имеется виновность врачей и в отношении которых может быть применена 165 статья.

После доклада задаются вопросы.

Всего был задан 21 вопрос. На все вопросы докладчиком были даны исчерпывающие ответы, после чего был об'явлен перерыв на 10 минут. После перерыва были открыты прения.

Д-р **Кривцов** говорит о трудных условиях работы врачей в уезде. Он говорит, что нередко после весьма многочисленного приема больных, обращаются с просьбой поехать к больному за несколько десятков верст, при чем всегда ссылаются на тяжесть заболевания и на необходимость срочной медпомощи, что в действительности не подтверждалось. Врач после таких случаев, вследствие перегруженной работы, относится осторожно к таким заявлениям и подчас вынужден не выполнять их, в результате чего он может попасть по 165 статье Уголовного Кодекса. Необходимо принимать во внимание условие работы врачей в уездах и особенно в сельских местностях.

Д-р **Пентман** отмечает, что заявление докладчика о том, что будто всякая эпидемия для врачей является материальной выгодой, так как врач имеет в период эпидемии яко-бы большой заработок, является неправильным мнением докладчика, ибо во время эпидемии врачи вовсе не думают о материальной выгоде, а принимают все меры к тому, чтобы скорее прекратить эпидемию, отдавая на это все свои силы и знания.

Д-р **Добровский** отмечая, что настоящий доклад указывает, что Государственная Прокуратура считается с мнением врачей, вместе с тем говорит о том

ненормальном положении врачей, которое возникает на почве взимания патентов. Взимание патента низводит врача на положение торговца, ремесленника и тем самым дает возможность врачу относиться к своей работе, как к ремеслу, строго ограничивая время для своей работы.

Кроме того, врачи, не выбирающие патентов, при обращении к нему за медицинской помощью ставятся в весьма затруднительное положение, так как с одной стороны они не должны отказывать в медицинской помощи, а с другой стороны они рискуют попасть под подозрение финорганов. Пусть с врачей, занимающихся частной практикой и имеющих доход от нее, взимается налог в 2—3 раза больше, но пусть будут отменены патенты.

Д-р **Лейбович**—указывает, что 165 статья пред'являет большие требования к врачам в то время, как о правах врачей ничего ни говорит. Казалось бы, что врачи имели бы право расчитывать на обеспечение семьи, в случае смерти врача во время эпидемии, каковым правом они не пользуются.

Юрист **Лиознер**—говорит, что взимание с врачей патентов нисколько не унижает их достоинства, а что в этом случае они не могут выделяться среди прочих. Если с юристов взимаются патенты, то почему не должно взиматься патентов с врачей. Далее **Лиознер** говорит, что каждого врача следует рассматривать, как должностное лицо, а раз это так, то они за свои действия несут ответственность и в этом отношении к ним может быть вполне применима 165 статья.

Д-р **Мансуров** говорит, что 165 статья Уголовного Кодекса является вполне целесообразной, но что при применении ее следует подходить к ней осторожно, строго учитывая все моменты и положения.

В заключительном слове докладчик указал, что ему отвечать на многое сказанное не приходится, так как **Лиознер**, в его речи по докладу, ответил на многие вопросы. По вопросу же о патентах докладчик отметил, что между взиманием патентов и 165 статьей Уголовного Кодекса никакой связи нет и что патент с врачей взиматься должен также, как взимаются налоги с крестьян.

Председатель **И. Шершевский.**

Секретарь **Добровский.**

ПРОТОКОЛ

заседания Научного Медицинского Общества от 24 октября 1924 г.

Присутствовало членов О-ва 42, гостей 70.

Председатель **Шершевский.** Секретарь **Добровский.**

На повестке дня: 1 Доклад проф. **Иозефер** «Биометрика, как метод».

2) Годовой отчет Правления Общества.

3) Выборы членов Правления и Ревизионной Комиссии.

По открытии заседания, секретарем О-ва, д-ром **Добровским** зачитывается протокол предыдущего заседания, после утверждения протокола, секретарь Правления д-р **Куткина** доводит до сведения членов О-ва постановление Правления о выборе комиссии, для выработки резолюции по докладу Пом. Прокурора

Рейзмана «Основные вопросы уголовного права и наказуемость медицинского персонала за отказ в оказании медицинской помощи—ст. 165 Уголовного Кодекса».

Комиссия избирается в составе следующих лиц: Законова, Калашникова, Лебедева, Владимирского и Гречищева.

После избрания комиссии, д-р Пономарев демонстрирует больного с отсутствием носа, па почве люэса, которому произведен первый момент операция Lexer'a пересадка трехугольной пластинки из...в предплечьи, больному предлагается сделать второй момент операции—пересадка кости на дефект носа.

После демонстрации больного, заслушивается доклад профессора Иозефера «Биометрика, как метод».

Докладчик указывает, что в соответствующих кругах мысль о необходимости математики в медицинском образовании обсуждалась уже давно, но требования, пред'являемые к математике, ограничивались лишь ее общеобразовательным значением. Можно так подойти к делу, что соответствующим образом построенный курс математики явился, помимо общеобразовательного его значения и некоторым специальным методом. Наличие в биологии биометрической школы оправдывает такой подход к делу. Изучая изменчивость какой либо расы по изменяющейся величине какого либо признака, закон изменчивости графически выражается кривой распределения; ее вид напоминает кривую вероятностей ошибок. Уклонения любой особи от средней расы можно, понимать как «ошибку» природы. Исследования изменчивости дают возможность не только к обнаруживанию некоторых гипотез и количественной их проверки, но указывают пути к экспериментальной проверке. Этот метод позволяет количественно выразить также и меру связывания двух признаков в так называемом коэффициенте корелляции.

Теория корелляции в своих математических основах также покоится на выводах теории вероятностей. Теперь численно выраженная изменчивость и корелляция являются теми числовыми характеристиками, по наличию изменения среди которых можно определить, имеет ли или нет место эволюция. Изучение процессов жизни сопрягается с изучением этих количественных данных и перед наукой—задача осветить всю биологию светом количественности.

В пояснение своих положений докладчик демонстрирует ряд таблиц жизненных проявлений. Биология, изучаемая в свете количественных методов, в заключение говорит Иозефер, при помощи математики становится точной наукой.

В прениях по докладу выступают:

Д-р Пентман. Из всего доклада кажется сомнительным только две таблицы: таблица о цвете глаз у женатых и неженатых и таблица отношения роста мужей к росту жен. Кажется, что не только мало количество обследованных, но главное, что учтен в них только один фактор, в то время как вне всякого сомнения, об'являются функциями целого ряда других изменяемых величин.

В остальном д-р Пентман считает доклад чрезвычайно ценным, т. к. знакомство с биометрикой является насущной потребностью биологии и медицины в частности. При развитии учения о конституции организма, как совокупность целого сложного ряда морфологических и функциональных факторов, трудно себе представить подводить итоги без содействия математики. Только совместная работа с математикой может подвести прочную основу развивающейся «Индивидуальной патологии», для этого необходимо и врачам знакомиться с этой методикой.

2. Д-р **Копылов**. Современное развитие медицинской литературы и разносторонность врачебной деятельности требует изыскивать и широко пользоваться всеми методами, которые концентрируются и экономизируют научную мысль.

С этой точки зрения, доклад проф. **Иозефера** для врачей следует приветствовать и рекомендовать изучение прикладной математики, особенно студентам медикам. Однако, необходимо подчеркнуть, что математический метод в медицине не должен вытеснять другие методы. Увлечение в сторону хотя бы и математики (по существу точной науки) может приводить к ложным выводам.

Д-р **Ромодановский** указывает на важность применения математического анализа при разработке различных вопросов теоретической медицины. Как пример, приводит анатомические исследования, производимые на большом материале и имеющие целью установление нормы и возможных вариантов. Приведенный при этом математический анализ полученных результатов даст возможность не только установить норму, но и закономерность вариантов, в результате чего мы в состоянии будем ближе подойти к разрешению проблемы индивидуальной анатомии.

В разрабатываемом в настоящее время учении о конституциях человека не имеется достаточно об'ективных критериев для отнесения отдельных индивидуумов к тому или иному типу. Применение «подземного корня» даст возможность резко очертить границы самих типов и даст в руки исследователей вполне определенный модус.

После прений по докладу профессора **Иозефера** об'является перерыв.

После перерыва избираются в члены О-ва д-р **Прусский** и д-р **Фельдфукс**. Затем заслушивается годовой отчет О-ва, который зачитывает секретарь Правления **Куткина** и казначей О-ва д-р **Добровский** (отчет прилагается при сем в письменном виде).

Затем заслушивается доклад Ревизионной Комиссии, который также прилагается в письменном виде.

Д-р **Пулькес** задает вопрос—в каком положении находится библиотека О-ва?

Д-р **Сорокин** подробно знакомит с положением библиотеки и отмечает, что после бывшего пожара, библиотека постепенно пополняется.

После заслушивания отчетов, переходят к выборам Правления О-ва.

На время выборов председателем заседания избирается д-р **Пономарев**.

Для согласования списков об'является перерыв.

После перерыва об'являются 3 списка, которые голосуются открытым голосованием. Большинством голосов избираются по списку № 1: Председателем д-р **Шершевский**, зам. Председателя д-р **Пентман**, члены Правления: **Рязанов Владимирский, Законов, Сорокин, Добровский, Куткина, Лебедев Д. Н.** Кандидаты: **Копылов, Клячкин М., Волкова**, членами ревизионной комиссии: **Лурье, Кабалкин, Пономарев.**

После избрания членов Правления—Председатель О-ва д-р **Шершевский** благодарит за избрание его председателем и об'являет заседание закрытым.

Председатель И. Шершевский.

Секретарь Добровский.

В Омский Губернский Отдел Здравоохранения.*)

Омское Медицинское Общество, изучая с разных сторон эпидемию малярии в Омске и его губернии в 1922-1923 г., считает своим долгом довести до сведения Губздрава свои резолюции о борьбе с малярией.

1. Необходимо принять самые энергичные меры против заболачивания города и образования всевозможных стоячих водоемов, особенно нерационального проведения сточных уличных канав и затопления нижних (подвальных) этажей жилых и нежилых построек. В первом случае необходимо разработать план санитарно-гигиенического улучшения состояния города, при участии санитарного и технического персонала учреждений всех ведомств, иными словами произвести мелиоративные в указанном смысле работы там, где только это возможно, как можно скорей. На втором месте должно стоять обезвреживание стоячих водоемов против размножения в них малярийных комаров—путем планомерной и рациональной нефтизации этих водоемов или засыпки и уничтожения их там, где это представится возможным, привлекая к этому хозорганы всех ведомств, а также граждан города и губернии. Крайне необходимо принять меры к улучшению жилищных и других условий, особенно установленных уже и изученных малярийных очагов, например, в детдомах, казармах, ночлежках и т. п. общежитиях. Конечно, в этом деле должны принимать участие не только санитарно-гигиенические органы управления, но и технический персонал того или иного учреждения.

2. Для правильного учета, а следовательно и для изучения малярийных очагов и мер против их образования, безусловно необходимо нести строгую регистрацию маляриков, как лечебными учреждениям, так и частно практикующими врачами, по однообразному способу регистрации больных (малярийная карточка).

3. Составить и командировать врачебные отряды на места для изучения условий и причин развития малярии и для лечения жителей.

4. Амбулаторно и стационарно лечить бесплатно всех обращающихся за медицинской помощью больных малярией, а также обязать лабораторию малярийной станции и другие лаборатории бесплатно производить анализы крови посылаемых в них для этой цели больных, как от лечебных учреждений, так и от частно практикующих врачей.

5. Ввести профилактическую хинизацию населению, хотя бы в определенно-установленных малярийных очагах.

6. Путем исследования крови, наивозможно всего населения малярийных очагов или общежитий, установить наличность носителей малярии и их лечить.

7. Подвергнуть дезинсекции и дезинфекции малярийные жилища с целью уничтожения зимующих малярийных комаров.

8. Популяризировать всеми способами среди населения сведения о малярии, борьбе с ней, в широком смысле этого слова, лечении ее и предупреждении.

Медицинским О-вом выработаны еще и другие положения, чисто научно-исследовательского характера, как изучение биологии малярийного комара, кли-

*) К протоколу от 11 января 1924 г.

нического изучения особенностей малярии в Омске и его губернии, наилучших методах ее лечения и предупреждения и т. п. Выполнение этих задач Медицинское О-во берет на себя в лице своих членов, привлекая к этому и других лиц, так или иначе могущих способствовать О-ву в выполнении поставленных им себе научных работ.

Выполнение практических мероприятий по борьбе с малярией Медицинское О-во не может взять на себя и поэтому свои предложения в этом смысле считает необходимым довести до сведения Губздрава на его усмотрение, не вдаваясь в детали практического применения выработанных мер борьбы с малярией.

Настоящая докладная записка принята Омским Медицинским Обществом в заседании 7 марта 1924 года.

Председатель Омского Мед. О-ва И. Шершевский.

Секретарь М. Мультановский.

Замеченные ошибки и пропуски.

На стр. 13.	Напечатано	calernosum abdominis	следует читать cavernosum abdomi
» » 26.	»	sud operatione	» sub operatione.
» » 32.	»	мельпигиевыми клубочками.	» мальпигиевыми к... бочка

» » » Между словами «на» и «острые» пропущено слово транзитные.

» » 34. После слов «четвертый период» перед словами «сморщенная почк пропущено «нефротически».

» » 36. Между словами «другие моменты» и «интоксикацией», в скобк пропущено слово «Huchard».

» » 38. Между словами «приближается к» и «бациллам» пропущено наз вие «Weil-felix.»

» » 40. Между словами «принципе» и «при резекции» пропущено слово « пелия».

» » 43. Следует читать протокол не от «6», а от «16 мая».